

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma / Sosiaalinen kuntoutus

Riikka Kääriä

”EMMIÄ KUULEMMA KUULU TÄNNE”

FIKTIIVISEN KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAN PALVELUPOLKUKUVAUS

KOTKAN SEUDULLA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaaliala, Sosiaalinen kuntoutus

KÄÄRIÄ, RIIKKA	”Emmiä kuulemma kuulu tänne”-Fiktiivisen kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolkukuvaus Kotkan seudulla
Opinnäytetyö	70 sivua + 6 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Merja Hautalainen
Toimeksiantaja	Kymen A-Klinikkatoimen Triangeli-hanke, Anna Hiltunen
Lokakuu 2009	
Avainsanat	kaksoisdiagnoosi, päihdehuolto, mielenterveyspalvelut, integroitu hoito, palveluohjaus, tutkimushaastattelut

Opinnäytetyöni on osa Kymen A-klinikkatoimen Triangeli-hanketta jonka tarkoituksena on luoda seudullinen avohoitomalli kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Opinnäytetyöni tuottaa suoraa tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolusta ja palvelutarjonnasta Kotkan seudulla. Työni tarkoitus on selventää päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilannetta Kotkan seudulla.

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan yksilöllä ilmenevää samanaikaista päihde- ja mielenterveydenhäiriötä. Suomessa kaksoisdiagnoosiasiakkaat saavat apua, palvelua ja ohjausta sekä päihde- että mielenterveyspalveluissa. Palvelujärjestelmän jakautuneisuus kahteen tahoon aiheuttaa erilaisia ongelmia tiedonkulusta ja vastuun määrittämisestä jatkohoidon suunnitteluun ja seurantaan.

Tutkimus on toteutettu teemahaastattelujen avulla. Olen haastatellut kahta kaksoisdiagnoosiasiakasta heidän päihde- sekä mielenterveydenhäiriöiden ja palveluhistoriansa osalta. Teoriatiedon ja näiden haastattelujen pohjalta on muotoutunut fiktiivinen asiakas joka kulkee Kotkan seudun päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Palvelupolku on muotoutunut teemahaastattelemalla eri työelämäntahoja, joihin kyseinen fiktiivinen asiakas on ohjattu taustatietojen perusteella. Tutkimuksen tulos on muotoutunut palvelupolku.

Muotoutunut palvelupolku osoittaa palvelujärjestelmän hajanaisuutta. Päihde- ja mielenterveyspalvelut on hajautettu niin fyysisesti kuin ajatuksenkin tasolla eri osoitteisiin. Työntekijöiden kannalta oleellista tällä hetkellä on punnita, kumpi kahdesta häiriöstä on hallitsevampi, vaikka yksilön kannalta vähintään yhtä tuloksellista olisi keskittyä molempiin häiriöihin samanaikaisesti.

Tuloksia ohjaa myös työelämän kiinnostus aihetta kohtaan; alkuperäinen palvelupolku olisi ollut toisenlainen kaikkien haastateltavien tahojen vastatessa, nykyisellään palvelupolku koostuu ainoastaan Kymen A-klinikkatoimen ylläpitämistä palveluista.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Care

KÄÄRIÄ, RIIKKA "They Say I Don't Belong Here" – A Description of the Service Path of a Fictitious Client with Dual Diagnosis in the Region of Kotka

Bachelor's Thesis 70 pages + 6 pages of appendices

Supervisor Merja Hautalainen, Senior Lecturer

Commissioned by The Triangle Project of the A-Clinics of Kymi

October 2009

Keywords dual diagnosis, social work with intoxicant abusers, mental health services, integrated treatment, service management, research interviews

This study is a part of the Triangle Project carried out by the A-Clinics of Kymi and designed for creating a model of regional non-institutional care for clients with dual diagnosis. The study produces direct information on the service path of a client with dual diagnosis and on the supply of services in the Kotka region. The aim of this work was to explain the situation of services available for intoxicant abusers and mental health patients in the region.

The term 'dual diagnosis' refers to an individual's simultaneous mental and intoxicant abuse disorder. In Finland, clients with dual diagnosis are helped, served and guided within services for intoxicant abusers and mental health patients. The division of the services into two sections causes various problems for the flow of information and determination of responsibility for the planning and follow-up of further treatment.

The study was carried out by means of thematic interviews. Two clients with dual diagnosis were interviewed concerning both their mental health disorders, intoxicant abuse and service history. Based on theoretical knowledge and these interviews a fictitious client has been formed who uses the system of services for intoxicant abusers and mental health patients in the Kotka region. The service path has emerged by addressing thematic interviews to various sections of working life to which the client has been directed on the basis of background data. The outcome of the study is the service path for the individual.

The service path indicates that the service system is scattered: services for both intoxicant abusers and mental health patients have been disintegrated both physically and at the level of thought into different addresses. From the viewpoint of employees, it is at present essential to decide which of the two disorders predominates the picture, although, for the individual, it would be at least equally useful to focus on both disorders at the same time.

The findings are affected by the interest that working life shows in the topic: the original service path would have been different if everyone had responded to the interview. Instead, the present service path consists only of the services maintained by the A-Clinics of Kymi.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 KUNTOUTUS	8
3 PALVELUOHJAUS	9
4 PÄIHTEET	10
4.1 Päihderiippuvuus	11
4.2 Riippuvuutta aiheuttavat aineet	13
4.3 Tuen tarve	13
4.4 Päihdepalvelut	15
5 MIELENTERVEYS	15
5.1 Mielenterveyden ongelmat	18
5.2 Tuen tarve	19
5.3 Mielenterveystyö- ja palvelut	19
6 KAKSOISDIAGNOOSI	21
6.1 Tuen tarve	23
6.2 Kaksoisdiagnoosiasiakas palvelujärjestelmässä	24
6.3 Integroitu hoito	26
6.4 Palvelujen kehittäminen	28
7 A-KLINIKKASÄÄTIÖ	30
7.1 Kymen A-klinikkatoimi	30
7.2 Triangeli-hanke	32
8 AIHETTA SIVUAVAT TUTKIMUKSET	33
9 TUTKIMUS	33
9.1 Teemahaastattelu	35
9.2 Haastattelurunko	36
9.3 Asiakashaastattelut	37
9.3.1 Ensimmäisen asiakashaastattelun purku teemoittain	38

9.3.2 Toisen asiakashaastattelun purku teemoittain	41
9.4 Asiakashaastattelujen tulokset	44
10 PALVELUPOLKU	45
10.1 Tutkimuksen kulku	45
10.2 Jaakon muotoutuminen	46
10.3 Jaakon alkuperäinen palvelupolku	47
10.4 Jaakon palvelupolku	48
10.4.1 Päihdekliniikka polun avaajana	48
10.4.2 Katkaisuhuolto ratkaisuna päihdekierteeseen	50
10.4.3 A-klinikan avohoito motivoijana	54
10.4.4 Tulevaisuudentalo jatkohoitona	56
10.5 Tutkimuksen tulokset	59
11 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS	60
12 POHDINTA	63
LÄHTEET	70
LIITTEET	76
Liite 1. Asiakashaastatteluiden teemahaastattelurunko	76
Liite 2. Työntekijähaastatteluiden teemahaastattelurunko	77
Liite 3. Jaakon taustatiedot	78
Liite 4. Tutkimuslupa-anomus Kotkan kaupungille	79
Liite 5. Tutkimuslupa, Kotkan kaupunki	80
Liite 6. Tutkimuslupa-anomus Kymen A-klinikkatoimelle	81

1 JOHDANTO

Päihdetapauslaskenta toteutettiin vuoden 2007 syksyllä kuudennen kerran. Lokakuun toisena tiistaina kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä kerättiin tietoa päihde-ehdoista asioinneista. Tutkimuksen mukaan valta on vaihtumassa päihde-ehdoissa asioinneissa. Pitkään tilastojen kärjessä olleet ikääntyneet, alkoholin suurkuluttajamiehet antavat tilaa nuoremmille, huumeita ja lääkkeitä väärin käyttävälle väestölle. Tilastointi puhuu karua kieltä. Päihdetapauslaskennan mukaan myös joka toisessa tapauksessa tilastoiduista päihde-ehdoista asiakkaan tilannetta sävytti päihdeongelman lisäksi mielenterveyden häiriö. Toisin sanoen, puolet asioinneista oli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tekemiä. Määrä on kasvanut vuodesta 2003. (Nuorvala, Huhtanen, Ahtola & Metso 2007.) Toisen arvion mukaan jopa 70 prosentilla psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakkaista on päihdeongelma.

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan mielenterveysongelman ja päihderiippuvuuden yhtäaikaista ilmenemistä samalla henkilöllä. Näiden asiakkaiden avuntarve on kokonaisvaltaista. Se vaatii sekä päihde- että mielenterveysongelmien huomioimista monelta eri kannalta. Lukuisissa tutkimuksissa on havaittu puutteita kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tarkoituksenmukaisissa palveluissa. Tyypillisesti tälle asiakasryhmälle on tarjottu riittämätöntä apua joko päihde- tai mielenterveyshuollon piiristä.

Tällä vuosikymmenellä palveluita on alettu kehittää erilaisin hankkein ja projektein. Yksittäinen isoin hankkeistaja on ollut Sosiaali- ja terveysministeriö. Kaksoisdiagnoosi siis puhuttaa palveluntuottajia ja rahoittajia, sekä työntekijöitä ja asiakkaita. Aihe on kiinnostava ja herättää keskustelua. Tällä hetkellä on epävarmaa, mihin suuntaan lähemme palvelujamme kehittämään. Varmaa on kuitenkin se, että lukuisat tahot ovat käynnistäneet projekteja asian tiimoilta ja tämän asiakasryhmän tarpeet ja puutteet palveluissa on huomattu.

Opinnäytetyöni hankkeistava taho on Kymen A-klinikkatoimi, tarkemmin sen toteuttama Triangeli-hanke. Hankkeen tarkoitus on luoda Kotkan seudulle toimiva avopalvelumalli kaksoisdiagnoosiasiakkaille, lisätä yhteistyötä eri toimijatahojen välille sekä kasvattaa henkilöstön osaamista päihde- ja mielenterveysasiakkaita kohdatessa.

Opinnäytetyöni on palvelupolkukuvaus kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolusta Kotkan seudulla. Idea ja kantava ajatus opinnäytteeseen on saatu Kymen A-klinikkatoimen Triangeli-hankkeen vetäjältä Anna Hiltuselta. Keskustelimme hänen kanssaan huhtikuussa 2008 kaksoisdiagnoosista yleisesti, sen problematiikasta ja asiakkuudesta tämänhetkisissä päihde- ja mielenterveyspalveluissa valtakunnallisesti ja seudullisesti. Opinnäytetyöni sijoittuu Triangeli-hankkeen palveluita kehittävään osioon.

Työni rakentuu kahdesta kaksoisdiagnoosiasiakkaan teemahaastattelusta, jotka ovat osana tiedonkeruuta. Varsinainen tutkimus on näiden haastattelujen sekä teoretiedon pohjalta koostamani kaksoisdiagnoosiasiakas, ”Jaakko”. Jaakon on tarkoitus kulkea Kotkan seudun palvelujärjestelmässä, ja tutkimuksen tulos on muodostuva palvelupolku.

Tutkimuksen pohjatiedoiksi esittelen aluksi kuntoutumisen käsitettä, palveluohjausta palveluja integroivana toimintana, päihderiippuvuutta ja mielenterveyden häiriöitä sekä niihin suunnattuja palveluita ensin erillisinä kokonaisuuksina. Tämän jälkeen paneudutaan kaksoisdiagnoosin problematiikkaan ja integroituun hoitomalliin sekä Kymen A-klinikkatoimeen hankkeistavana tahona. Seuraavana käsittelen teemahaastattelua tiedonkeruun metodina, asiakashaastattelujen tuloksia sekä kuvaan fiktiivisen Jaakon sekä hänen palvelupolkunsa sellaisena, minkälaiseksi se on työntekijöille tehdyissä teemahaastatteluissa muotoutunut. Lopuksi pohdin, mitä hyvää ja mitä kehitettävää tämän alueen päihde- ja mielenterveyspalveluissa on.

2 KUNTOUTUS

Koskisuun (2004: 10) mukaan kuntoutuksen käsite on laaja ja osittain epäselvä. Hoito ja kuntoutus ovat muuttuneet merkittävästi. Tänä päivänä kuntoutuksen keskeisimpiä tavoitteita yhteiskunnan kannalta ovat työkyvyn säilyttäminen ja yhteiskunnan varojen säästyminen, yksilökeskeinen ajattelu taas korostaa yksittäisen ihmisen oikeutta mahdollisimman hyvään, itsenäiseen elämään. (Koskisuun 2004: 10.)

Suppean kuntoutuskäsityksen, mukaan kuntoutuksen päätavoite on jonkun tietyn ja tarkkaan rajatun sairauden, vamman tai toimintakyvyn puutteen aiheuttamien ongelmien poistaminen tai vähentäminen. Mielenterveystyössä tämä tarkoittaa diagnoosilähtöistä psykiatrasta työtä, jolloin hoidetaan sairautta, esimerkiksi skitsofreniaa tai masennusta. Laajempi kuntoutuskäsitys pitää sisällään kaiken sen toiminnan, joka kohdennetaan yksilöön ja hänen lähiympäristöönsä. Tätä toimintaa on myös niiden asioiden etsiminen, jotka vaikuttavat mielenterveyteen tai päihderiippuvuuteen positiivisesti. (Koskisuun 2004: 11.)

Kuntoutumista prosessina määrittelee esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitto (2009) näin: ”Kuntoutuminen on yksilöllinen muutosprosessi, joka etenee itse tai työntekijän kanssa yhdessä asetettujen tavoitteiden ja omien voimavarojen mukaan. Mielenterveyskuntoutuja on oman elämänsä ja oman kuntoutumisensa paras asiantuntija. Kuntoutumisen tueksi on saatava tilaa, aikaa, erilaisia vaihtoehtoja ja tukea kokemusten jäsentämiseen, saadun tiedon miettimiseen ja oman elämäntilanteen selkiyttämiseen”. (MTKL 2009.) Samaa voi mielestäni soveltaa päihdehoitotyössä.

Tuen tarvetta voidaan ymmärtää kuntoutusajattelun kautta. Ilman kuntoutumisen ja kuntoutuskäsitteen ymmärtämistä ei kuntoutustyötä voida tehdä. Koskisuun (2004: 57) määrittelee kuntoutumista koskevia perusolettamuksia. Kuntoutuminen tulee nähdä prosessina, joka ei ole suoraviivainen ja tasaisesti etenevä jakso eikä se tunnu siltä. Kuntoutumista tapahtuu ilman asiantuntevaa henkilöstöäkin. Sitä tukevat ratkaisevasti ne henkilöt, jotka aktiivisesti uskovat yksilön mahdollisuuksiin ja voimavaroihin, sekä tukevat näitä. Kuntoutumisen aikana sairauden oireiden määrä ja kesto vaihtelevat, yksilöllisten tavoitteiden ja voimavarojen mukaan. Kuntoutuminen ei myöskään tarkoita sitä, ettei ihminen olisi koskaan ollutkaan sairas. Yksilön subjektiivinen

kokemus arjesta ja elämästä ovat parhaita mittareita onnistumisen kannalta. (Koskisuu 2004: 57.)

3 PALVELUOHJAUS

Ennen kuin viitekehyksessä määritellään yksilön kuntoutustarvetta päihderiippuvuuden ja mielenterveydenhäiriöiden osalta, käsitellään palveluohjausta kohdennettuna näille asiakasryhmille. Yksinkertaisimmillaan palveluohjauksessa on kyse asiakkaan palvelutarpeen selvittämisestä. Tällöin palveluohjaaja tai muulla vastaavalla nimikkeellä toimiva työntekijä voi tehdä palvelu- ja hoitosuunnitelman sekä seurata tämän toteutumista. Palveluohjaukseen kuuluu vahva tuntemus toimintakyvyn rajoitteista, sekä alueen palveluista. Näin ollen palveluohjaajan tulee tuntea palvelujärjestelmä ja kyetä sovittamaan eri palveluita yhteen asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Palveluohjaajan asiakkaana voivat siis olla kaikki asiakasryhmät ikään tai toimintakyvyn rajoitteeseen katsomatta. (Hänninen 2007: 15.)

Voimavarakeskeinen palveluohjaus poikkeaa edellä esitellystä yleisestä palveluohjauksesta katsontatavan mukaan. Voimavarakeskeisessä palveluohjauksessa keskitytään asiakkaan omien toiveiden kuuntelemiseen ja niiden pohjalta tarvittavien palvelujen yhteensovittamiseen. Palveluohjaajan ja asiakkaan suhde on intensiivisempi ja asiakkaan oma motivaatio ratkaisevassa asemassa. Voimavarakeskeinen palveluohjaus tulee kysymykseen haasteellisempien asiakkaiden kanssa, joiden palvelutarve ei ole yksiselitteinen ja muuttumaton. Itse asiakastyö on henkilökohtaisempaa, työntekijä ja asiakas ovat kumppaneita ja tapaamisia on useammin, myös itse työskentely kestää pidempään. (Hänninen 2007: 15.)

Intensiivinen palveluohjaus on palveluohjauksen muodoista tehostetuin. Intensiivistä palveluohjausta voivat saada kaikkein vaativimmat, moniongelmaiset asiakkaat. Tällöin työntekijän on ehdottomasti tunnettava asiakkaan toimintakyky, haasteet ja palvelutarve läpikotaisin. Tällöin palveluohjaaja työskentelee pienemmän määrän asiakkaita kanssa kuin yleinen palveluohjaaja. Hänen tehtäviin voi kuulua myös asiakkaan kodissa tapahtuva työ. (Hänninen 2007: 15 - 16.) Esimerkiksi kaksoisdiagnoosiasiakkaille intensiivinen tai ainakin voimavarakeskeinen

palveluohjaus voi olla kaikista tuloksekkain muoto. Muissa pohjoismaissa palveluohjauksella on saatu hyviä tuloksia aikaan (Suominen 2002: 9).

4 PÄIHTEET

Ihmiset ovat vuosisatoja käyttäneet päihteitä vaikuttaakseen mielialaansa, ajatuksiinsa ja käyttäytymiseensä. Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita tai yhdisteitä sekä luonnontuotteita, joita käytetään päihtymis-, piristys- tai huumaustarkoituksessa. (Vuori-Klemilä, Stengörd, Saarelainen & Annala 2007: 34.) Suomessa yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi, tupakka, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Päihteiden käyttö aiheuttaa terveydellisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. (THL 2007a.)

Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi neljässäkymmenessä vuodessa. Vuonna 2005 alkoholijuomien tilastoitu kulutus nousi 100 prosentin alkoholina 8,2 litraan asukasta kohti. Määrä oli nelinkertainen 1960-luvun alkuvuosiin verrattuna. (Päihdelinkki 2006.) Tilastointia vaikeuttaa se, että suomalaisten alkoholinkulutus jakautuu erittäin epätasaisesti. Pieni osa ei juo ollenkaan, suuri osa juo vähän, suurin osa kohtuudella ja pieni osa erittäin paljon. Suomen väestöstä kymmenesosa juo siis lähes puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. (Österberg 2006.)

Nuorten juomatapojen kehitys taas on muuttunut vaihteittain. Päihdelinkin verkkosivujen (2006) mukaan nuorten alkoholin suurkulutus ja humalahakuinen juominen näytti kääntyvän loivaan laskuun 2000-luvun alkupuolella. Huolimatta alkoholin käytön kasvusta kaikissa väestöryhmissä, alkoholijuomien lähes päivittäinen käyttö on edelleen harvinaista Suomessa. Alkoholin käyttö useammin kuin kerran viikossa on kuitenkin lisääntynyt. Juomistiheyden kasvu on ollut suurinta keski-ikäisten miesten ja naisten parissa. Miehistä joka neljännes juo itsensä ”kunnon humalaan” ainakin kerran kuukaudessa, naiset selkeästi harvemmin. Suomessa humalahakuinen juominen on myös sosiaalisesti hyväksyttävää ja se painottuu voimakkaasti viikonloppuihin. (Österberg 2006.)

Huumausaineiden käyttö ja haitat ovat vakiintuneet Suomessa 2000-luvulla, vaikkakin ne ovat suuremmat kuin kymmenen vuotta aiemmin. Tieto on tulosta Terveiden ja

hyvinvoinnin laitoksessa (ent. Stakes) toimivan Kansallisen Huumausaineiden seurantakeskuksen raportista, jossa tarkastellaan huumetilanteen kehitystä vuosina 2006 - 2007. Selvityksen mukaan jopa 14 prosenttia suomalaisista on joskus kokeillut kannabista. Kokeilijoiden määrä on pysynyt suunnilleen samana koko 2000-luvun alun. Huumausaineiden ongelmakäyttäjää arvioidaan olevan Suomessa 14 500 – 19 000 ja he ovat hyvin usein syrjäytyneitä. Päihdepalvelujärjestelmän voimavaroja joudutaan jakamaan jatkossa tarkemmin alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen ja huumehoidon kesken, sillä käytön seuraukset vaihtelevat radikaalisti terveydellisestä näkökulmasta ja sosiaalisten rinnakkaisongelmien tiimoilta. (THL 2007b.)

4.1 Päihderiippuvuus

Päihteidenkäyttöä voidaan ymmärtää päihderiippuvuuden näkemisenä sairautena, joka vaatii hoitoa ja tukea. Päihteistä riippuvaiselle henkilölle on tyypillistä kyvyttömyys säädellä aineen käyttöä, kasvava sietokyky eli toleranssi sekä vieroitusoireet päihteen käytön loputtua. (THL 2007a.) Terveen ihmisen onkin vaikeaa ymmärtää riippuvaista ihmistä. Heikkilä (2005) toteaa riippuvuuden olevan monimutkainen fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen kokonaisuus. Emme kykene täysin selittämään, miksi jotkut tulevat riippuvaisiksi ja toiset eivät. Selvää on kuitenkin, että riippuvaisen henkilön elämää hallitsee sisäinen pakko joka rajoittaa toimintakykyä. (Heikkilä 2005: 9 - 10.)

Riippuvuutta on useanlaista. Kaikille riippuvuuksille on ominaista, että aluksi toiminta tuottaa nautintoa. Alussa esimerkiksi päihtyneestä tunteesta voi nauttia ja käytön loputtua palata normaaliin elämään. Jos jonkin riippuvuutta aiheuttavan aineen käyttöä jatketaan, sen lopettaminen on aina vaikeampaa ja aineeseen syntyy riippuvuus. Heikkilän (2005) mukaan riippuvuus syntyy vasta useamman vuoden käytön jälkeen, joskin aika vaihtelee iän, sukupuolen, perimän ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksesta. Tämä selittää riippuvuuden problematiikkaa; aivot ovat tottuneet uuteen tasapainoon jota pidetään jollain toiminnalla yllä. (Heikkilä 2005: 20.)

Esimerkiksi alkoholin suurkuluttajan raitistuminen on elämistä selvinpään ja liuta ratkaisuja olla juomatta. Myös sosiaalinen elämä voi olla pitkälti riippuvuuteen kietoutunutta. Valintaa olla selvinpään vaikeuttaa monesti se, että elämänpiiri ja verkosto ovat kapeutunut muiden riippuvaisten henkilöiden pariin. Riippuvuudesta

eroon pääseminen on siis pitkä prosessi. Monesti yksilön pyrkiessä riippuvuudesta eroon esiintyy myös tunne-elämän häiriöitä, tavallisimmin masentuneisuutta. (Heikkilä 2005: 9 - 12.)

Päihderiippuvuudelle on tunnusomaista hallitsemattomien päihteenkäyttöjaksojen toistuminen raittiiden jaksojen jälkeen. Päihteenkäyttö alkaa muodostua riippuvaisen henkilön elämän keskipisteeksi jolloin harrastukset ja sosiaaliset suhteet kärsivät käytön vuoksi. Päihteenkäyttöä myös jatketaan huolimatta suorista ja epäsuorista terveydellisistä ja sosiaalisista vaikutuksista. Koska päihderiippuvuus on monien osatekijöiden summa, ei pelkästään päihteen käyttöä tarkastelemalla saada luotettavaa käsitystä kuntoutumisen etenemisestä. Tuloksellisuutta tulee arvioida huomioimalla myös muutokset asiakkaan toiminta- ja työkyvyssä, elämänlaadussa ja arjenhallinnassa. (THL 2007a.)

Huumeriippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta ihmisen hermostoon ja psyykeen vaikuttavista laittomassa käytössä olevista aineista. Eri huumeiden riippuvuusominaisuudet vaihtelevat huomattavasti (Holopainen 2005). Amfetamiinin, kokaiinin ja heroiinin kokeilijoilla on kannabista huomattavasti suurempi riippuvuusriski. Heroiinia pidetään näistä kaikkein voimakkaimpana. Ihmisen yksilöllinen alttius kehittyä riippuvaiseksi vaihtelee huomattavasti. Niille, joille riippuvuus kehittyy helposti, jo muutamien viikkojen tai kuukausien toistuva käyttö saattaa johtaa aineen sietokyvyn kasvuun ja vaikeuksiin lopettaa käyttö. Nämä oireet voimistuvat melko nopeasti käytön jatkuessa. (Holopainen 2005.)

Säännöllinen alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden sekakäyttö johtaa nopeasti lääkkeiden sietokyvyn kasvuun ja lääkeriippuvuuteen, samoin kuin alkoholi- tai huumeriippuvuuden synnyssä. Sekariippuvuuden vieroitushoito on paljon vaikeampaa kuin pelkän alkoholin aiheuttamien vieroitusoireiden, sillä vieroitusoireet jatkuvat pidempään ja kehittyvät asteittain. Tyypillisesti alkoholin vieroitusoireiden väistyessä lääkkeiden vieroitusoireet vasta alkavat. (Holopainen 2006.)

Alkoholi- ja lääkekierteen purkaminen vaatiikin pitkäjänteistä vieroitushoitoa, samoin pelkän alkoholi- tai huumeriippuvuuden hoito. Riittävän pitkän seurannan, motivoinnin ja muun henkisen tuen avulla vieroitus voi olla tuloksekasta pitkällä

tähtäimellä. Mahdollisen laitospäivän jälkeen on seuranta syytä jatkaa avohoidossa, koska vuosia jatkuneen käytön jälkeen voi vieroitusoireita ja muita psyykkisiä ongelmia ilmetä myöhäänkin. Ilman ongelmien selvittämistä ja henkistä tukea saattavat jälkivieroitusoireet johtaa päihdeongelman jatkumiseen ja pahenemiseen. (Mäkelä 2005.)

4.2 Riippuvuutta aiheuttavat aineet

Alkoholi on Suomessa laillinen päihde, eli sen myyntiä, ostoa, hallussapitoa tai käyttöä ei ole kriminalisoitu kuten on monen muun päihdeaineen kohdalla. Alkoholijuomat valmistetaan luonnontuotteista. Ne luokitellaan lamaaviksi aineiksi, jotka vaikuttavat elimistöön eri tavoin. Nautittuna alhainen määrä alkoholia virkistää, kohottaa mielialaa ja vähentää estoja. Käytön ei-toivottuja vaikutuksia ovat pahoinvointi, kömpelyys, arvostelukyvyn lasku sekä muistinmenetys. Suuret alkoholiannokset ovat hengenvaarallisia. Vieroitusoireet alkoholista voivat olla voimakkaita ja jopa hengenvaarallisia. (Päihdelinkki 2006.)

Huumeet voivat olla rauhoittavia, piristäviä tai hallusinogeenisiä. Rauhoittaviin kuuluvat opiaatit kuten heroiini, piristeisiin kokaiini, crack ja amfetamiinit. Hallusinogeenisiä edustavat marihuana, ekstaasi ja LSD. Huumeita käytetään useilla tavoilla; esimerkiksi pureskelemalla, suonensisäisesti ja polttamalla. Niitä valmistetaan kasveista kuten kokaiini ja heroiini, mutta nykyään uudemmat huumeet kuten ekstaasi valmistetaan synteettisesti. (THL 2008.)

Lääkkeiden tahallinen käyttö alkoholihumalan tehostajana lisää erilaisia päihtymystilan riskejä. Sekakäytön välittömät seuraukset voivat olla yllättäviä. Näistä tavallisimpia ovat alkoholin tavallista voimakkaampi vaikutus, muistinmenetykset ja käytöshäiriöt. Usein sekakäytön kohteena ovat erilaiset rauhoittavat ja unilääkkeet. (Holopainen 2006.)

4.3 Tuen tarve

Suomalaisten juomista on verrattu kansainvälisissä tutkimuksissa paitsi määrällisesti, myös laadullisesti, sen haittojen suhteen. Kansainväliset vertailut tuovat esiin sen, että

meillä on runsaaseen kertajuomiseen liittyviä sosiaalisia haittoja enemmän kuin monissa muissa maissa. Sosiaaliset alkoholihaitat ovat sikäli merkittäviä, että ne eivät koske vain ongelmakäyttäjiä. Kulttuurissamme kerralla nautittu määrä on suuri suhteessa vertailumaihin. Näin ollen alkoholia hyvinkin harvoin käyttävät ovat alttiita sekä onnettomuuksille ja ihmissuhdeongelmille, että väkivallalle. Runsaas pitkään jatkunut juominen tuo mukanaan myös perhe-elämään, ihmissuhteisiin ja työelämään liittyviä sosiaalisia ongelmia samoin kuin taloudellisia ongelmia. (Österberg 2009.) Usein päihdehoitoon hakeudutaankin jonkin päihteidenkäytöstä epäsuoraan johtuvan ongelman takia. Näitä ovat esimerkiksi avioero, työpaikan menetys, unettomuus ja ahdistus. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006: 142.)

Päihdeongelman tuen tarve on suoraan yhteydessä päihteidenkäytöstä aiheutuneisiin terveydellisiin ja sosiaalisiin haittoihin. Tärkeää hoitoa aloitettaessa ja suunniteltaessa on kerätä tietoa päihteidenkäytöstä paitsi asiakasta haastatteleamalla, myös somaattisilla kokeilla. Moni päihteidenkäyttäjä pyrkii salaamaan ongelman laajuuden hyvinkin pitkälle (Holmberg 2009). Esimerkiksi verenpaine, verensokeri sekä virtsaseulat voivat paljastaa jonkin salassa pidetyn päihteidenkäytön. Myös läheisten ja esimerkiksi työnantajan antamat tiedot voivat olla apuna ongelman laajuutta määritettäessä. (Inkinen ym. 2006: 140.) Päihteiden ongelmakäyttöön sisältyy siis jo alkuvaiheessa suuri tuen tarve siinä mielessä, että päihteidenkäyttö uskalletaan ottaa puheeksi ja sen laajuus selvitetään, jollei asiakas syystä tai toisesta kykene asiasta kertomaan.

Tiivistetysti voidaan sanoa, että päihderiippuvaisen tuen tarpeita ovat kaikki niin sanottuun normaalielämään liittyvät asiat. Katkaisuhoidossa tuki on asiakkaan yleistilan kohottamista, lepopaikan, ravinnon sekä turvan tarjoamista. Pidemmälle edenneessä kuntoutuksessa tuki on arjenhallinnan opettelua, päihteettömän elämän hallintaa ja harjoittelua sekä uusien verkostojen luomista. Asiakkaan motivoiminen päihteettömään elämään tai päihteidenkäytön vähentämiseen on suuressa roolissa. (Inkinen ym. 2006: 33.)

4.4 Päihdepalvelut

Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina, mikä kuntalaisten tarve on. Tämä määrittely on vaikeaa, sillä katsottu tarve riippuu paljon siitä, miltä kantilta asiaa katsoo. Yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua ei ole, ja tästä syystä päihdepalveluissa on paljon alueellisia eroja. Päihdepalvelut on kuitenkin pyritty suunnittelemaan ja toteuttamaan niin, että voidaan puhua palvelujen esteettömyydestä ja matalasta kynnyksestä. Päihdepalvelujärjestelmä on Suomessa pitkälti A-klinikkasäätiön ylläpitämää. Tämä johtuu osin siitä, että säätiölle on kertynyt vahva tieto- ja taitopohja toiminnalleen. Se on suurin yksittäinen valtakunnallinen toimija, joten palvelut ovat jossain määrin pysyviä ja niiden laatu on tunnettua. (Suhonen 2008.)

Päihderiippuvuuden hoito on moniammatillista yhteistyötä. Hoidon perustana ovat psykososiaaliset menetelmät. Joissakin tapauksissa oikea lääkehoito voi hoidon onnistumisen kannalta olla välttämätön. Hoidossa on tärkeä ottaa huomioon myös asiakkaan lähiympäristön hyvinvointi sekä uuden tukiverkoston rakentaminen. (Huumeongelman hoito 2006.)

Päihderiippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista ja pitkäjänteistä työtä. Asiakkaan motivoiminen on iso haaste. Pitkäaikaisessa hoitosuhteessa yhteisiin sopimuksiin, kuten tapaamisaikoihin sitoutuminen on iso haaste henkilöstölle. Päihdehoitotyö koostuu paitsi itse perussairauden eli päihdeongelman lievittämisestä, myös välillisten ongelmien helpottamisesta. Näitä ovat päihteidenkäytöstä aiheutuneiden fyysisten sairauksien hoitaminen, perustarpeiden tyydyttäminen, arjen turvaaminen ja vieroitushoidon toteuttaminen kontrolloidussa ympäristössä. (Inkinen ym. 2006: 144 - 145.)

5 MIELENTERVEYS

Mielenterveyttä on määritelty monella eri tavalla. Toisaalta sitä ei voi muodollisesti määritellä sen enempää kuin terveyttä yleensä (Latvala, Visuri & Janhonen 1995: 24). Määritelmät myös muuttuvat ajan myötä ja ne ovat kulttuurisidonnaisia. (Punkanen 2001: 9.) Määritelmä riippuu myös siitä, kuka sen tekee. Mielenterveytyksen

ammattilaisten näkökulmat vaihtelevat koulutuksen ja työtehtävän myötä, eri instansseissa painottuvat erilaiset tekijät. Mielenterveytensä kanssa painiva asiakas kokee ongelmansa subjektiivisesti, ja kaipuu ”normaaliin” on kaikille itsemääriteltä ja yksilöllistä. (Punkanen 2001. 9.)

Mielenterveys on Punkasen (2001: 9) mukaan voimavara, joka kuluu ja muuttuu päivittäin. Tästä syystä mielenterveyttä tulee vaalia, se tarvitsee huolenpitoa ja lataamista. Suomen mielenterveysseuran entinen toiminnanjohtaja Pirkko Lahti määritteli mielenterveyden perustaksi neljä seikkaa; perusturvallisuuden, selviytymiskeinot, onnistuneet kokemukset ja ihmissuhteet. (Lahti 1995: 14.)

Lahti (1995: 25) käsittelee mielenterveyttä suhteellisena käsitteenä. Hänen mukaansa raja terveen ja häiriintyneen välillä on liukuva ja kuten edellä todettu (Latvala ym. 1995: 24), myös kulttuurisidonnainen. Freudin mukaan mielenterveys on kykyä rakastaa, tehdä työtä ja toteuttaa itseään, mikä pelkistettynä pitää vielä tänäkin päivänä paikkansa. Puhumme mieluummin toimeentulosta, itsenäisyydestä, ihmissuhteista, sosiaalisista verkostoista sekä mielekkästä tekemisestä ollen edelleen samojen teemojen äärellä. Yksinkertaisuudessaan mielenterveys onkin oireiden puuttumista, ilon ja surun vaihtelua, kykyä työskennellä ja kokea työ mielekkääksi. Mieleltään terve ihminen ei koe kohtuutonta syyllisyyttä tai ahdistuneisuutta, vaan on tasapainossa ja hallitsee elämäänsä. (Lahti 1995: 25.)

Psykkiset oireet ovat yleisiä ja kuuluvat ihmisen normaaliin elämään ollessaan tilapäisiä ja niin lieviä, etteivät ne heikennä toimintakykyä tai elämänlaatua. Tavallisimpia tällaisista oireista ovat ajoittaiseen psykkiseen kuormittumiseen liittyvät jännittyneisyyden ja levottomuuden tunteet. Myös ristiriidoista, epävarmuudesta tai peloista viestittävät ahdistuneisuus sekä mielialan lasku. Myös unettomuus on yleinen psykinen oire. (Lönqvist 2005.)

Mielenterveyden häiriöt ja ongelmat liittyvät usein ihmisen vaikeuteen olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, jolloin hän kokee turvattomuutta, ahdistuneisuutta ja yksinäisyyttä. Tällöin elämä voi tuntua merkityksettömältä, ja mielialat vaihtelevat jyrkästi. Tutkimusten (Terveys 2000 & Mini-Suomi, Lahti 1995: 26) mukaan miehillä on naisia useammin vakavia mielenterveyden häiriöitä, ja kynnys

hakea näihin apua on suurempi. Myös alhainen koulutustaso, lyhyet työsuhteet ja naimattomuus ovat yleisempiä mielenterveyskuntoutujilla. (Lahti 1995: 26.)

Vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yksi suomalaisten suurimmista kansantautiryhmistä. Karkeasti voidaan arvioida, että joka neljännellä suomalaisella on jokin diagnosoitavissa oleva mielenterveyden häiriö. (Punkanen 2001: 21.) Arvion mukaan joka viides suomalainen sairastaa masennusta elämänsä aikana (Latvala ym. 1995: 25).

Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että vuonna 2020 masennus tulee olemaan sepelvaltimotautien jälkeen toiseksi suurin kansanterveysongelma (Eskola & Karila (toim.) 2007: 39). Toisaalta useiden mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä suomalaisessa väestössä on melko vähän luotettavaa ja ajankohtaista tietoa (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 1997: 47). Eläketilastoissa tämä näkyy selkeästi. Vaikka työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus kokonaisuudessaan on viime vuosina vähentynyt, mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus väestöstä on 45 - 54- vuotiailla kasvanut. Muissa ikäryhmissä mielenterveyseläkkeellä olevien väestöosuus on pienentynyt, mutta selvästi vähemmän kuin työkyvyttömyyseläkeläisten osuus kokonaisuudessaan. (Lehto ym. 2005: 7.)

Sama asia näkyy myös eläkeläisten lukumäärissä. Vuonna 2003 työeläkejärjestelmän mukaan työkyvyttömyyseläkeläisiä oli kaikkiaan 217 500, mikä on noin 29 000 henkilöä vähemmän kuin vuonna 1996. Mielenterveyssyistä eläkkeellä olevien lukumäärä on sen sijaan kasvanut; vuonna 1996 heitä oli noin 67 000 ja vuonna 2003 jo 77 000. Mielenterveyseläkkeiden lukumääräinen kasvu näkyy vielä selkeämmin vuosittain alkaneissa uusissa eläkkeissä. Vuonna 1996 mielenterveyden häiriöihin perustuvalle eläkkeelle siirtyi 5500 henkilöä, kun vuonna 2003 vastaava luku oli noin 8000 henkilöä. (Lehto ym. 2005: 7.)

Suomea pidetään maailmalla yleisesti synkkänä maana, jossa masentuneisuus on yleistä ja itsemurhatilastomme ovat vertailuissa korkeat. Ollessaan EU:n puheenjohtajamaana 1999 Suomen terveystaloudelliseksi teemaksi valittiinkin kädenväännön jälkeen mielenterveyden edistäminen. Useissa kokouksissa ennen

teeman virallista julkistamista leimautuminen nousi keskustelun aiheeksi. Suomalaiset päättäjät pelkäsivät Suomen leimautuvan ”hulluksi maaksi” ja kansainvälisesti asian ajateltiin olevan liian arkaluontoinen otettavaksi esille niinkin painokkaasti. Valintaa voidaan pitää edistyksellisenä askeleena, sillä pitkän kädenväännön ja vähättelyn jälkeen tema otettiin avosylin vastaan. Vasta tämän jälkeen muut puheenjohtajamaat ovat ottaneet radikaalimmin asiaa esille ja lisänneet mielenterveyden tukemista määrärahoihin ja kampanjoin. (Eskola & Karila (toim.) 2007: 35 - 36.)

5.1 Mielenterveyden ongelmat

Ihmisen mielenterveyttä tutkitaan ja kuvataan psykiatriassa yksilön ongelmien ja häiriöiden näkökulmasta. Lähtökohtana diagnoosin kannalta ovat yksilön kokemat ongelmat, toimintakyky, persoonallisuus ja oireet haittoineen. Diagnoosin määrittäminen on välttämätöntä suunniteltaessa potilaan tai asiakkaan hoitoa ja kuntoutumista. Diagnoosi auttaa määrittämään, minkälaisesta avusta ihminen voisi hyötyä ja missä tätä apua voidaan tarjota. Myös sosiaaliturvan etuudet ovat helpommin saatavissa kun asiakkaalla on diagnoosi, esimerkiksi lääkekustannukset alenevat, kun lääkettä määrätään yksilöityyn sairauteen. Väestötutkimusten mukaan tiettyjä sairauksia ali- ja ylihoitetaan, mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa alihoidetuimpia. Arviolta vain puolet mielenterveyden häiriötä sairastavista saa hoitoa tai kuntoutusta. Näin ollen diagnoosin merkitys korostuu. (Noppari ym. 2007: 46.)

Mielenterveyden häiriöt on käytännössä jaettu vakaviin ja lieviin mielenterveysongelmiin. Vakaviin kuuluvat muun muassa psykoosit ja vaikeat neuroosit. Lievempiin taas kuuluvat esimerkiksi erilaiset stressireaktiot. (Lahti 1995: 46.) Suomalaisessa yhteiskunnassa yleisimpiä mielenterveyden häiriötä asiantuntijoiden mukaan ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä psykoosit. Terveys 2000-tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, psykoosit ja päihderiippuvuus olivat yleisimpiä kansalaisten kokemia mielenterveyden häiriöitä. (Noppari ym. 2007: 50.) Erilaiset mielenterveyden häiriöt voivat vaihdella, olla päällekkäisiä ja kestää muutamasta kuukaudesta lopun elämää (Lahti 1995: 46.)

5.2 Tuen tarve

Mielenterveyskuntoutujan tuen tarve on aina yksilöllinen. Sitä auttavat määrittämään kuntoutujan sairaus, hänen subjektiiviset kokemukset arjesta ja siinä pärjäämisestä, kuntoutustyöntekijöiden näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja monet muut tekijät. Mielenterveyskuntoutujan saamien palvelujen ja avun määrä riippuu paljolti myös yhteiskunnan arvoista ja mielenterveyden saamasta huomiosta. Traagisten tapahtumien jälkeen median hyvin-, tai pahoinvoinnille antama huomio hetkeksi nostattaa keskustelua varhaisesta puuttumisesta ja resurssien siirtämisestä mielenterveyssektorille. Palvelujen laadussa ja määrässä on kuitenkin lopulta kyse rahasta resurssina, sillä mielenterveystyö ja kuntoutuminen ei välittömästi tuota mitään konkreettista. Kyse on kuitenkin, kuten aiemmin puhuttu, yksilön kyvystä kokea mielekkyyttä ja tehdä työtä, jotka välillisesti edistävät myös yhteiskunnan hyvinvointia. (Mielenterveyden keskusliitto 2009.)

Tuen tarve voi käytännössä olla mitä tahansa yksilön ”normaaliin arkeen” liittyvää. Käytännössä kyse on usein varsin tavallisista, jokapäiväisistä asioista joissa yksilö kokee tarvitsevänsä apua. Sairauden vakavuudesta riippuen nämä tarpeet vaihtelevat laajasti. Kuntoutustyötä tehdään psykiatrisissa sairaaloissa, välimuotoisissa palveluissa asumisyksiköissä tai avohuollon yksiköissä. Kaikkien asiakkaiden kohdalla tavoitteena ei ole kuntoutuminen, vaan pelkkä toimintakyvyn ylläpito. Vakavasti sairaiden tuki voi olla ohjausta perushygienian, lääkehoidon ja terveellisen ravinnon saannin huolehtimisesta yksikössä, jossa henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Kevyempi tuki tarkoittaa monesti ajoittaista tukea arjen asioiden hoitamisessa, myötäelämistä ja kannustamista. (Vuori-Klemilä 2007: 21 - 22.)

5.3 Mielenterveystyö- ja palvelut

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai

häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon kohdennetut mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu lain velvoittamana myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Samoin kuin päihdehuoltolaki, mielenterveyslaki edellyttää kuntaa huolehtimaan siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Sairaanhoidopiirin ja kunnallisen sosiaalihuollon mielenterveyspalveluista tulee muodostua toiminnallinen kokonaisuus. Mielenterveyskuntoutujalla on oikeus tarvitsemaansa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen tuki – ja palveluasumisen piirissä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Mielenterveystyö käytännössä on (Noppari ym. 2007: 121) yhteiskunnan kaikilla sektoreilla tapahtuvaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, häiriöiden ja sairauksien ehkäisemistä, hoitoa ja kuntoutusta sekä itsemurhien ehkäisyä. Mielenterveystyön palvelujärjestelmään kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon perusterveydenhuolto ja erityissairaanhoito. Palveluita tuottavat myös monet yksityiset ja kolmannen sektorin edustajat. Erityisesti kolmas sektori toteuttaa esteettömiä, matalan kynnyksen palveluita asumisen ja arjen tukitoimintana. Palvelut ovat avohoitopainotteisia. (Noppari ym. 2007: 125.) Perusterveydenhuolto on usein ensimmäinen taho, jossa mielenterveyttä hoidetaan. Tällöin puhutaan terveyskeskusten kaikista palveluista. Erikoissairaanhoito tuottaa eriytetympiä palveluja, jotka on jaettu avo- ja laitoshoitoon. Avohoidon yksiköitä ovat esimerkiksi mielenterveystoimistot, psykiatriset poliklinikat sekä kuntoutus- ja palvelukodit. Laitoshoidon muodostuu psykiatrisesta sairaalahoidosta. (Noppari ym. 2007: 125 - 126.)

Kunnittain mielenterveystyö on vaihtelevasti sijoitettu joko sosiaalitoimen tai terveydenhuollon alaiseksi. Suomessa mielenterveyspalvelujen rakenteessa, laadussa ja saatavuudessa on alueellisia eroja. Mielenterveys- sekä päihdehuoltolain ollessa melko löyhiä palvelujen tuottamisen suhteen, myös toimijatahot vaihtelevat. Kotkassa mielenterveystyö on terveydenhuollon alaista. Sitä tuottaa julkisena toimijana Kotkan

kaupunki mielenterveystoimiston ja asumispalvelun muodossa. Kotka on myös ostanut palveluja kolmannen sektorin Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatriselta yhdistykseltä Kakspy ry:ltä ja yksityiseltä Mikeva Oy:ltä. Laitoshoito toteutetaan Kuusankosken psykiatrisessa sairaalassa noin 60 kilometrin päässä Kotkasta. (Kotkan kaupungin verkkosivut 2009.)

6 KAKSOISDIAGNOOSI

Lääketieteellisessä kirjallisuudessa puhutaan kaksoisdiagnoosista, kun asiakkaalla on päihdehäiriön lisäksi vakava, ei päihteiden käytöstä johtuva psykiatrinen häiriö. Toisin sanoen asiakkaalla on kaksia diagnoosia. Komorbiditeetti eli oheissairastavuus tarkoittaa siinä yhteydessä samanaikaista päihde- ja mielenterveyden häiriötä. Tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosiasiakkaalla tarkoitetaan kuitenkin käytännön selvyiden vuoksi henkilöä, jolla on kaksi mielenterveydenhäiriötä, näistä toisen ollen päihdehäiriö. Päihde- ja mielenterveyden häiriöihin ei käsitellä syiden ja seurausten osalta, vaan painopiste on päihde- ja mielenterveyspalveluissa ja niiden asianmukaisuudessa sekä saatavuudessa.

Päihdeongelmiin kietoutuu usein mielenterveyden häiriöitä (Nuorvala, Huhtanen, Ahtola & Metso 2007: 4, Mikkonen 2006). Asiakkaiden, joilla on samanaikaisia ja toisistaan johtuvia ongelmia, tulisi olla itsestäänselvyys, ei poikkeus, todetaan SAMSHA:n (2005) julkilausumassa. Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan siis lyhyesti päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriön samanaikaista esiintymistä yksittäisellä henkilöllä (Lönngqvist 2006). Koska monihäiriöisyys on yleistä muutenkin, termin kaksoisdiagnoosi tilalle on ehdotettu täsmällisempiä ilmauksia. Esimerkkinä tästä ovat lyhenteet MICA ja CAMI, mutta se tai muut ehdotukset eivät toistaiseksi ole vakiintuneet puhuttaessa tämänkaltaisista asiakkaista. (Aalto 2007.)

Päihteidenkäyttö voi olla seurausta mielenterveyden häiriöstä tai toisaalta päihteidenkäyttö voi aiheuttaa niitä. Sekä päihde- että mielenterveyden häiriöiden taustalla voi myös olla yhteisiä, altistavia tekijöitä kuten sosiaalinen perimä. Lääkehoidon yksi ongelma on se, että riippuvuuden hoitoon tarkoitetut lääkkeet voivat myös aiheuttaa riippuvuutta ja näin ne joutuvat väärinkäytön kohteeksi. On nähtävä,

että näitä ongelmia käsiteltäessä päihde- ja mielenterveystyön välillä on harjoitettava saumatonta yhteistyötä. (Mikkonen 2006.)

Kaksoisdiagnoosi ei varsinaisesti ole diagnoosi vaan se voidaan nähdä yläkäsitteenä, joka pitää sisällään sekä päihderiippuvuuden että mielenterveyden häiriön (Pihlaja 2005). Ongelmien asteet ja ensisijaisuus voivat vaihdella suurestikin yksilöiden välillä. Kaksoisdiagnoosin problematiikka pohjautuukin monesti monimuotoisuuteen ja erilaisten oireiden, häiriöiden ja varsinaisten sairauksien vaikeuteen. Kaksoisdiagnoosiasiakkailta voi olla hyvinkin erilaisia yhdistelmiä päihderiippuvuuksista ja mielenterveydenhäiriöistä (Inkinen ym. 2006: 202). Tämä asettaa erityisiä vaatimuksia paitsi kuntoutujalle itselleen, myös henkilökunnalle ja palvelujärjestelmälle.

Kaksoisdiagnoosista puhuttaessa käsitykset asiakkaan ominaisuuksista ja ongelmista vaihtelevat suuresti. Tähän monimuotoisuuteen vaikuttavat monet tekijät. Kaksoisdiagnoosin käsitettä on myös pyritty rajaamaan. Monien mielestä mielenterveyden häiriö on kaksoisdiagnoosissa siinä määrin vakava, että siihen yksinäänkin ilman päihteitä liittyisi toimintakyvyn huomattava ja pysyvä heikkeneminen tai sen uhka (Aalto 2007). Kaksoisdiagnoosia voidaan kuitenkin määrittää päihteen ja mielenterveyden häiriön riippuvuussuhteilla. Tutkimuksissa on havaittu, että tietyt päihderiippuvuudet ja mielenterveyden häiriöt esiintyvät muita useammin yhdessä (Mikkonen 2006). Esimerkkeinä tästä epävakaa persoonallisuuden katsotaan olevan yhteydessä alkoholiriippuvuuteen, epäsosiaalista persoonallisuutta tavataan jopa 50 kertaa useammin korvaushoitopotilaiden kuin valtaväestön piirissä ja erilaisten piristeiden käyttäjien, kuten amfetamiiniriippuvaisten joukossa ADHD on kovin yleistä. Mikkonen (2006) kuitenkin muistuttaa, että epäsosiaalinen persoonallisuus voi olla myös päihteidenkäytöstä johtuva vieroitusoiretta, joka kuvaakin hyvin kaksoisdiagnoosin monimuotoisuutta.

Esimerkit kuvaavat hyvin kaksoisdiagnoosin problematiikkaa; jokaisella asiakkaalla on yksilöllinen päihdehistoria ja psyykkinen tausta. Asiakkaan ongelmat voivat olla seurausta liiallisesta alkoholinkäytöstä, toisaalta ylivilkkaus on saattanut olla altistavana tekijänä päihteidenkäytölle. Siinä missä yhdellä asiakkaalla ongelmat ratkeavat tavoitteellisen katkaisuhoidon ja avohuollon tukitoimien avulla, voivat

toisen ongelmat vasta alkaa. Selvää on kuitenkin, että kummatkin ongelmat yhdessä heikentävät kuntoutumismahdollisuuksia (Lönnqvist 2006). Toisaalta hoidon laiminlyönti ja puutteellinen palvelutarjonta pahentavat sekä päihde- että mielenterveyden häiriötä (Mikkonen 2006).

6.1 Tuen tarve

Tuen tarpeen moninaisuutta kuvaa hyvin Seija Mantilan (2005) tekemä tutkimus. Tutkimus koostuu työntekijähaastatteluista, joissa henkilöstöltä on kysytty teemoittain asiakkaidensa rinnakkaisesta päihde- ja mielenterveystyöstä. Tutkimuksen (Mantila 2005: 1) tuloksissa ongelmallisiksi asioiksi työntekijät nimeivät asiakkaasta ja hänen erityistarpeistaan nousevat haasteet. Näistä merkittävimpiä ovat oireiden monimuotoisuus ja siitä johtuva eri häiriöiden tunnistamisen vaikeus. Hoidon ja kuntoutuksen kannalta on kuitenkin oleellista tietää, mitä hoidetaan. Monesti asiakkaan käytöstä ja ongelmia selittää hänen sairautensa. (Mantila 2001: 1.) Yksittäinen iso haaste kaksoisdiagnoosiasiakkaiden parissa on usein lääkehoidon toteutus. Asiakkailla on monesti kattava tieto eri lääkkeistä sekä niiden vaikutustavoista. Osa asiakkaista on lääkehakuisia, toiset lääkekielteisiä. Myös lääkkeen päihdyttävää vaikutusta on mietittävä. (Mantila 2005: 5.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkailla on monia sosiaalisia ongelmia (Mantila 2005: 5). Tilanteen kriisiytyessä asiakkaalla ei välttämättä ole pysyvää osoitetta tai työpaikkaa, hän on rahaton ja veloissa. Rikoskierre rytmittää elämää ja jopa vuorokausirytmii on kääntynyt pääläelleen. Sosiaalinen verkosto koostuu muista päihteidenkäyttäjistä ja arki on päihteiden hankkimista ja käyttämistä. (Mantila 2005: 5 - 6.) Jos päihde- tai mielenterveydenhäiriöt ovat alkaneet nuorella iällä, on usein seurauksena myös alhainen koulutustaso. Edellytykset niinkutsuttuun normaaliin arkeen ovat heikot. Myös ympäristön negatiivinen suhtautuminen luo vaikeuksia kuntoutumisprosessissa. Asiakkaalla on usein kasautunut sosiaalisia, ihmissuhteisiin, terveyteen ja toimeentuloon liittyviä ongelmia, jotka kaikki vaativat tietynlaista ratkaisua. Palveluiden piiriin päässyt pyrkii tyydyttämään samalla kaikki hoidontarpeensa, toteaa Lönnqvist (2006).

Kuntoutuminen niin päihde- kuin mielenterveyden häiriöstä on pitkä prosessi ja sisältää monia vaiheita. Usein myös epäonnistumiset kuluttavat kuntoutujan motivaatiota. Päihderiippuvuuteen kuuluu olennaisena yksilön taipumus retkahtaa, mielenterveys taas ei ole pysyvä olotila, vaan siinä tapahtuu muutoksia terveilläkin ihmisillä. Aallon mukaan (2007) päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt ovat pitkäaikaisia ja kulultaan syklisiä.

6.2 Kaksoisdiagnoosiasiakas palvelujärjestelmässä

Äkillisessä tilanteessa kaksoisdiagnoosiasiakkaan ensisijainen hoitopaikka on terveyskeskus, toteaa Lotvonen (2008). Tuolloin terveyskeskuksen hoitohenkilökunta ja lääkäri arvioivat asiakkaan tilan ja tämän hoidontarpeen. Terveyskeskus ohjaa asiakkaan eteenpäin, ja näin asiakkuus A-klinikalla tai esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla alkaa. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon järjestäminen vaihtelee paljon asuinkunnasta riippuen. (Lotvonen 2008.)

Tällä hetkellä päihde- ja mielenterveyspalvelut on jaettu erilleen, toisistaan riippumattomiksi palvelukokonaisuuksiksi. Kaksoisdiagnoosiasiakkaille ei siis juurikaan ole olemassa omia, eriytettyjä palveluita. Asiakkaita kuntoutetaan ja hoidetaan joko mielenterveys- tai päihdeongelmiin keskittyneissä yksiköissä. (Aalto 2007.) Palveluiden kenttää on tästä syystä käsitelty tämänhetkisen jaottelun mukaan. Seuraavaksi käsitellään kaksoisdiagnoosin ongelmallisuutta tämänhetkisessä päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Esittelen tilanteeseen tarjottuja ratkaisuja eli niin kutsuttua integroitua hoitomallia sekä jo olemassa olevien palvelujen muuntamista yksilöllisempään suuntaan.

Suurin ja merkittävin ongelma kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluiden järjestämisessä on sekä mielenterveys- että päihdepalveluiden akuutti tarve. Haasteena on, että asiakkaan hakeutuessa palveluiden piiriin esimerkiksi mielenterveysongelmansa takia, hänet ohjataan päihdehuollon piiriin hoitamattoman päihderiippuvuuden vuoksi. Noidankehä syntyy, kun päihdeongelma pitäisi hoitaa ennen kuin asiakas pääsee mielenterveyspalveluiden asiakkaaksi ja toisaalta päihdehuollon palveluissa voidaan suhtautua varauksellisesti asiakkaaseen, jolla on myös mielenterveyden häiriö.

Nykyisellään kaksoisdiagnoosiasiakas, ollessaan palvelujen piirissä, saa joko jaksottaista tai rinnakkaista hoitoa ja kuntoutusta. (Aalto 2007.)

Jaksottainen hoito tarkoittaa sitä, että ensin hoidetaan toista häiriötä, ja kun siinä on päästy riittävän hyvään tulokseen, asiakas siirtyy toiseen palveluun ja jatketaan toisen häiriön hoitoa (Aalto 2007). Käytännön esimerkki tästä voisi olla esimerkiksi tilanne, jossa asiakas on katkaisuhoidossa päihderiippuvuutensa vuoksi ja päihdeongelman helpottaessa siirtyy asumaan mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuun asumisyksikköön. Rinnakkaisessa mallissa asiakkaan molempia häiriöitä hoidetaan ja kuntoutetaan samanaikaisesti kahdella eri taholla. Käytännössä asiakkaalla on kontakti sekä päihde- että mielenterveyspalveluun. (Aalto 2007.) Esimerkkinä tästä asiakas käy keskustelemassa paikkakuntansa mielenterveystoimistossa ja saa päihdehäiriöönsä apua A-klinikalta oman työntekijänsä kanssa käytyjen keskustelujen muodossa.

Ongelmaksi voi muodostua se, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon ja kuntoutumiseen sitoutuminen eli hoitomyöntyvyys on sairauden vakavuudesta johtuen heikko. Vaikka motivaatiota olisi, täytyy asiakkaan tällöin sitoutua useampaan palveluun joka voi olla käytännössä ongelmallista. (Aalto 2007.) Sekä jaksottaisen että rinnakkaisen mallin ongelmana on ollut eri tahojen välisen yhteydenpidon ja tiedonvaihdon lisäksi yhteisten toimintatapojen löytäminen. Esimerkiksi yhteistä näkemystä ei ehkä löydy siitä, kumpaa häiriötä pitäisi hoitaa ensin. (Aalto 2007.) Tämä on paljolti riippuvaista myös siitä, mikä taho ottaa vastuun asiakkaasta ja mistä rahat asiakkaan hoitomaksuihin tulevat. Päihdehuollon maksusitoumukset tulevat sosiaalihuollolta ja mielenterveyspuolen maksusitoumukset terveydenhuollolta (Kotka 2009). Toisaalta voi olla vaikea määrittää, mikä on riittävä hoitotulos jotta toista häiriötä voidaan käsitellä. Asiakkaan tilanne saattaa vaihdella nopeastikin, ja retkahdus viivästyttää muuta kuntoutusta. Jaksoittaiseen hoitomalliin liittyvä vakava ongelma on se, että hoito ei välttämättä ole tuloksellista ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä. Esimerkkinä tästä voidaan ajatella alkoholista riippuvaista masennuspotilasta. Usein nähty ratkaisu tässä tilanteessa on keskittyminen yksinomaan päihteenkäytön vähentämiseen. Tällöin juominen saadaan ehkä hallintaan mutta masennuksen hoito jää irralliseksi. Päihderiippuvuudesta johtuen käynnit mielenterveystoimistossa eivät välttämättä toteudu ja lääkehoidon seuranta vaikeutuu.

Jatkuvat masennusoireet saattavat lisätä retkahdusriskiä ja siten vaarantavat riippuvuuden hoidon tulokset. (Aalto 2007.)

6.3 Integroitu hoito

Mauri Aalto kuvaa artikkelissaan (2007) kaksoisdiagnoosiasiakkaiden laadukasta kuntoutusta on suureksi haasteeksi päihde- ja mielenterveystyön ammattilaisille. Yksi ratkaisumalli vallitsevaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden eriytyneisyyteen on hänen mukaansa integroitu hoito. Painokkaammin asiaa kommentoi Vähäniemi (2008). Hänen mukaansa päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa asiakkaan ongelmia tulee ehdottomasti tarkastella kokonaisvaltaisesti integroidun hoidon avulla, jossa sama tiimi hoitaa molempia ongelmia samanaikaisesti. Tämä luo Vähäniemen (2008) mukaan edellytykset turvalliseen ympäristöön, asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittamiseen ja sosiaalisen verkoston osallistamiseen. Tällöin asiakkaan tilannetta voidaan tarkastella laaja-alaisesti hänen yksilölliset voimavaransa huomioiden.

Integroitua hoitoa tarjoavan työryhmän tulee olla perehtynyt sekä päihdehäiriöiden, että muiden mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen, tunnistamiseen ja hoitoon. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan häiriöitä arvioidaan kokonaisuutena ja kuntoutumissuunnitelma laaditaan eri häiriöiden osalta samanaikaiseksi, yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tämä ei tietenkään tarkoita, ettei tutkimisessa, kuntoutumisessa ja hoidossa olisi päällekkäisyyksiä, mutta ne ovat tarkoituksenmukaisia ja asiakkaan yksilöllisen tilanteen huomioonottavia. (Aalto 2007.)

Muiden psykiatristen työryhmien tapaan moniammatillisuutta on pidetty integroidussa hoidossa keskeisenä. Työmenetelmiä sovelletaan sekä päihde- että mielenterveyskuntoutuksesta. Käytössä voivat olla erilaiset riippuvuuden lääkehoidot, esimerkiksi korvaushoitolääkkeet. Hoitopaikassa suunnitellaan tarvittaessa myös bentsodiatsepiinivieroitus. Kuntoutumista päihdehäiriöistä tukevat erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot ja menetelmät. Tärkeimpiä ovat motivoiva haastattelu, yhteisöhoito, retkahduksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet, perheinterventiot ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. (Alkoholiongelmaisen hoito 2005 ja Huumeongelmaisen hoito 2006.) Koko työryhmän sekä konsultoivan lääkärin tulee olla hyvin perehtynyt sekä mielenterveys- että päihdehäiriöiden hoitoon ja

kuntouttamiseen. Sekä mielenterveys- että päihdehäiriöistä kuntoutuminen on pitkäjänteistä sisältäen erilaisia vaiheita. Keskeisimmät vaiheet Aallon (2007) mukaan ovat motivointi ja aktiivisen kuntoutumisen vaihe. Osana motivointia tavoitellaan ensin asiakkaan sitoutumista hoitopaikkaan ja vasta sitten hoitoon. Tästä ajattelusta on seurauksena myös se, ettei retkahtaminen päihteisiin ole syy lopettaa hoitoa vaan se mahdollistaa kuntoutuksen arvioinnin ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet.

Monesti täysin päihteetön elämäntapa ei ole kuntoutumisen tavoitteena, vaan kuntoutumisessa tavoitteiksi asetetaan päihteiden käytön vähentäminen ja keskittyminen laillisiin päihteisiin. Päihteiden käytön väheneminen on vain yksi mittari kuntoutumisen onnistumiselle. Oleellista on ottaa huomioon psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentuminen ja asiakkaan kokemus elämänhallinnastaan ja elämänlaadusta. Arjen taitojen opettelu, sosiaalisen verkoston vahvistuminen ja muiden huomioon ottaminen ovat isoja edistysaskelia kaksoisdiagnoosiasiakkaan kuntoutumisessa. (Aalto 2007.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2009) verkkosivuilla saatavilla olevasta hoitopaikkalistauksesta käy ilmi, että tällä hetkellä Suomessa päihde- ja mielenterveyskuntoutusta saa kymmenissä yksiköissä samasta paikasta. Varsinaista kaksoisdiagnoosiasiakkaille tarkoitettua hoitoa ilmoittaa antavansa 12 yksikköä.

Esimerkkinä integroidun hoidon käytännön toteutuksesta esittelen Kymen A-klinikkatoimen yksikön joka toimi vuosina 2003 - 2008. Kyseessä on Kymen 2D, 6-paikkainen aikuisille kaksoisdiagnoosiasiakkaille suunnattu välimuotoinen asumispalvelu. Välimuotoisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että asumisyksikkö oli suljettu, laitoshoitomainen yhteisö, mutta jokainen asiakas sitoutui hoitoon vapaaehtoisesti. Yksikössä hoidettiin erilaisia monipäihderiippuvuuksia ja vaativia psyykkisiä sairauksia. Yksikkö olikin profiloitu niin sanotusti haastaville asiakkaille, joilla on mahdollisesti rikoskierre, vankilataustaa, hyväksikäyttöä, asunnottomuutta, työttömyyttä ja väkivaltaa taustalla päihde- ja mielenterveysongelman lisäksi. Yksikön kokonaisvaltainen hoito otti huomioon myös mahdollisen ”kolmoisdiagnoosin”, sillä usein asiakkaalla saattoi olla myös jokin vaikeahoitoinen somaattinen sairaus. (Ruusu 2008.)

Hoitoon hakeuduttiin läheteellä esimerkiksi katkaisuhoidosta tai psykiatrisesta sairaalasta, joka tapauksessa hoitoon pääsyä tuli edeltää pidempi kontrolloitu päihteetön jakso. Hoito- ja kuntoutumisaika yksikössä vaihteli yksilöllisesti, se määriteltiin asiakkaan ja tämän lähiverkoston kanssa tarpeita vastaavaksi. Tavallisesti asuminen kesti noin puoli vuotta. Yksikkö tuotti palveluja silloiselle kuntaviisikolle. Kuntoutumista tuettiin yksilö-, ryhmä- ja lääkehoidon keinoin. Asiakkaila oli myös mahdollisuus opiaattiriippuvaisten korvaushoitoon. Moniammatilliseen työryhmään kuuluivat lääkärin lisäksi sekä päihde- että mielenterveystyön ammattilaisia erilaisin koulutustaustoin. (Kymen 2D:n verkkosivut 2008.)

Kymen 2D:n verkkosivujen mukaan (2008) tavoitteena oli asiakkaan motivoiminen päihteettömyyteen ja oman mielen hoitoon. Yhteisössä opeteltiin oman elämänhallinnan ja vastuun saavuttamista, jolloin myös asiakkaan vastuut ja vapaudet omaan hoitoon liittyen lisääntyivät. Lisäksi jokainen asiakas vastasi omalla panoksellaan arkiaskareiden sujumisesta yhteisössä. Yksikössä toteutettiin yhteisöhoitoa yksilöllisin keinoin. Asiakkaan tilanteen mukaan jatkohoito pyrittiin järjestämään saumatta johonkin vähemmän tuettuun asumisyksikköön tai omaan kotiin tarpeenmukaisin avohuollon tukitoimin. (Kymen 2D:n verkkosivut 2008.)

6.4 Palvelujen kehittäminen

Tällä hetkellä päihdehuolto ja mielenterveystyö ovat erotettuja toisistaan, kyse on maassamme tapahtuneesta historiallisesta kehityksestä (Aalto 2007). Kansalaisten palvelutarve kehittyy ja muuttuu jatkuvasti, ja palvelutarjonnan on kyettävä vastaamaan tätä tarvetta. Tästä syystä on tarpeellista arvioida, toimiiko palvelujärjestelmämme tällä hetkellä parhaalla mahdollisella tavalla, vai tulisiko sitä muuttaa jotenkin.

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla on havaittavissa tiettyjä kohtia palveluissa, jotka eivät tällä hetkellä ole järjestetty parhaalla mahdollisella tavalla. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen eriytyminen on ongelmallista useasta syystä. Yksi kehityshaaste on tiedonkulun parantaminen. Ihmisen ollessa asiakkaana sekä päihde- että mielenterveyspuolen palveluissa tulee kysymykseen tiedonkulku- ja siirto. Työntekijät eivät saa vaihtaa tietoja asiakkaasta ilman tämän lupaa, mikä voi pahimmillaan johtaa

siihen, että käsitykset asiakkaan kokonaisvaltaisesta voinnista eroavat suurestikin hoitavien tahojen välillä. Näin ollen hoitoa ja kuntoutumisprosessia ei voida suunnitella järkeväksi kokonaisuudeksi, joka vastaisi parhaiten asiakkaan elämäntilannetta. Yleistä on myös se, että asiakas valehtelee, ja hakee esimerkiksi lääkeresptejä useammalta taholta. (Mikkonen 2006.)

Toinen esiin nouseva haaste on integraation taso. Oleellista nykyjärjestelmässä on se, integroidaanko palvelut vastaamaan asiakkaan tarpeita, vai integroiko asiakas palvelut itse. Tällä tarkoitetaan joko palveluiden muuntamista siten, että sama taho hoitaa sekä päihde- että mielenterveydenhäiriötä tai asiakkaan toteuttamaa integraatiota, että hän aktiivisesti hakee ja saa tarvitsemansa palvelut useammalta taholta. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohdalla nähdään kuitenkin, että asiakkaan olisi helpompi sitoutua yhteen hoitavaan tahoon kuin useampaan. Psykykkisesti sairaalle päihdeongelmaiselle tämänkaltainen integraatio voi osoittautua ylivoimaiseksi. (Aalto 2007.) Kotkassa perusterveydenhuollon palvelut sijaitsevat terveyskeskusten muodossa sekä Kotkansaarella, että Karhulassa. A-klinikan toimipisteitä on sekä Karhulan Turvalassa että Kotkansaarella. Mielenterveystoimisto on Karhulassa, erikoissairaanhoidon kuuluva psykiatrinen sairaala on Kuusankoskella.

Yhdysvalloissa 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan integroidulla hoitomallilla saadaan ainakin yhtä hyviä tuloksia kuin eriytetyillä palveluilla (Reiman-Möttönen 2009). Tutkimuksessa selvitettiin mielenterveystyön ja perusterveydenhuollon välistä kuilua. Tuloksissa todettiin, että varsinkin masennuksen hoidon kannalta integroitu malli toimii paremmin. Yleisesti mallilla saatiin myönteisiä tuloksia.

Taloudelliset kysymykset palvelujen integroinnin esteenä kumottiin, sillä molemmat mallit ovat kustannuksiltaan tässä tapauksessa samansuuruisia. Avohuollon kohonneet kustannukset kumottiin vähentyneillä kustannuksilla somaattisissa ja psykiatrisissa erikoissairaanhoidon yksiköissä. Suurin vastarinta nousee muutoshaluttomuudesta ja siitä, että henkilökunnan tulisi tottua uuteen rooliinsa. (Reiman-Möttönen 2009.)

On ratkaisu kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelujen järjestämisen kohdalla kumpi tahansa, on selvää, että uudistuksia tarvitaan. Suojasalmen (2009) mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito olisi vaikuttavinta toteuttaa integroidusti samassa

yksikössä. Muu hoito sekä tarvittavat asumispalvelut, avohuollon tukitoimet ja tiivis yksilöllinen palveluohjaus lisäävät hänen mukaansa kokonaisuuden vaikuttavuutta. Vähäniemi (2008) tiivistää nykyisen palvelujärjestelmän ongelmien syntyvän asiakkaiden heikosta hoitomotivaatiosta, henkilökunnan yhteistyön vähyydestä, hoidon suunnitelmallisuuden puutteesta sekä hoitovastuun ja hoitopolkujen määrittämisen hankaluudesta.

7 A-KLINIKKASÄÄTIÖ

A-klinikkasäätiö on 1955 perustettu päihdealan järjestö. Se toteuttaa päihdeasiakkaille hoitoa ja kuntoutusta, päihdehoitoalan koulutusta, tiedotusta sekä kehittämis- ja tutkimustoimintaa. Päämääränä on päihdehaittojen vähentäminen sekä ongelmista kärsivien ja heidän läheisten auttaminen ja aseman parantaminen. Tämä tapahtuu vaikuttamalla yhteiskuntapolitiikkaan sekä tarjoamalla monipuolisia ja luottamuksellisia hoito- sekä kuntoutuspalveluita. Valtakunnallinen toiminta rahoitetaan pääasiassa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. Hoito- ja toimintayksiköiden palvelujen käytöstä on solmittu ostopalvelusopimuksia yli sadan kunnan kanssa, Kotkan ollessa yksi niistä. (A-klinikkasäätiön verkkosivut.)

A-klinikkasäätiö ylläpitää A-klinikoita, nuorisoasemia, katkaisuhuoltoasemia, kuntoutumisyksiköjä, terveysneuvontapisteitä, päivätoimintakeskuksia sekä Järvenpään sosiaalisairaala. Vuonna 2007 A-klinikkasäätiön tuottamissa avohoitopalveluissa oli asiakkaita noin 26 500, kuntoutumispalveluissa noin 4 600 ja asumispalveluissa noin 540. Avopalvelukäyntejä kertyi noin 340 000, kuntoutumisyksiköiden hoitovuorokausia noin 110 000 ja asumispalveluvuorokausia lähes 100 000. (A-klinikkasäätiön verkkosivut.)

7.1 Kymen A-klinikkatoimi

Kymen A-klinikkatoimen hoito- ja kuntoutuspalvelut ehkäisevät päihde- ja riippuvuusongelmia ja auttavat ongelmista kärsiviä ja heidän läheisiään parantamaan selviytymistään ja hallitsemaan elämäntilannettaan. Kymen A-klinikkatoimi ylläpitää päihdehuollon avohoito-, laitoshoidon- ja asumispalveluyksiköitä. Yksiköstä riippuen

toteutetaan myös ennaltaehkäisevää päihdetyötä, koulutusta, työnohjausta, tiedotusta ja kehittämistä. (Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

Kymen A-klinikkatoimen johtajana toimii Heli Lahtinen. Hänen apunaan työskentelee Kymen johtotiimi, joka koostuu palvelualueiden vastuuhenkilöistä. Palvelualueiden johtotiimit toimivat oman hoitotyönsä asiantuntijoina ja toiminnan kehittäjinä. Seudullisista palveluista on tehty ostopalvelusopimukset kuntakuusikon, eli Kotkan ja Haminan kaupunkien sekä Miehikkälän, Pyhtään, Ruotsinpyhtään ja Virolahden kuntien kanssa. Lastensuojelun laitoshoidosta on tehty puitesopimuksia useiden kuntien kanssa. (Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

Kymen A-klinikkatoimen palvelualueet ovat A-klinikkasäätiön periaatteiden mukaiset seudullinen avo- ja laitoshoido, asumispalvelut, lastensuojelun laitoshoido sekä hyvinvointi- ja koulutustoiminta. Avohoidon palvelut vähentävät päihdeongelmia ja inhimillistä kärsimystä. Palvelut toimivat Etelä-Kymenlaakson alueella yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa moniongelmaisten ja heidän läheistensä hoidon asiantuntijana. Palveluissa pyritään vastaamaan päihdeperheiden, lääkeriippuvaisten, kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ja moniongelmaisten lisääntyvään hoidon tarpeeseen. (Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

Toiminta-ajatuksena on edistää moniongelmaisten hoitoa erinäisin keinoin; katkaisuhoidolla, yksilö, pari- ja perheterapioilla, ryhmähoidolla, lääkehoidolla ja vaihtoehtoisilla hoitomuodoilla kuten akupunktiolla. Avohoidossa asiakkaiden hoitoon hakeutumisen kynnyks pyritään pitämään. Asiakkaille tarjotaan mahdollisimman nopeasti laadukasta palvelua. Jokainen pääsee ensin hoidon kartoitukseen ja jonka jälkeen moniammatillinen tiimi arvioi asiakkaan palvelutarpeen. (Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

Avohoidon palvelujen ollessa riittämättömiä, voidaan päihdekäyttäjän toipuminen turvata laitoshoidossa. Selviämisasemalla ja katkaisuhoidossa päihderiippuvainen asiakas voi saada välitöntä apua. Hoitoon voi tuolloin hakeutua myös päihtyneenä. Pitempiaikainen kuntoutuminen suunnitellaan asiakkaan hoidon tarpeen arvion pohjalta, johon asiakas itse osallistuu. (Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

Selviämisasema on 10-paikkainen yksikkö joka tarjoaa päihtyneelle asiakkaalle suojaa ja ammattihenkilökunnan tarjoaman turvan selviämisen ajaksi. Selviämisasemalla on myös mahdollisuus jatkohoidon suunnitteluun. Katkaisuhoidon on 16-paikkainen vuodeosasto, joka on tarkoitettu akuutin päihdekierteen katkaisuun. Hoitomuotoina ovat vieroitusoireiden hoito, oireenmukainen lääkehoito, keskustelut, lepo, ravinto sekä tarvittaessa jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen. Katkaisuhoidossa on säännöllinen viikko-ohjelma, johon sisältyy kolme hoidollista keskusteluryhmää päivittäin. Selviämisasemalle ja katkaisuhoidoasemalle pääsee ilman lähetettä, puhutaan siis palveluiden esteettömyydestä. Asiakas voi itse varata paikan tai tulla sosiaali- ja terveystoimen, A-klinikan tai Päihdeklinikan ohjaamana.

(Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut 2009.)

7.2 Triangeli-hanke

Triangeli-hankkeen kotisivuilla (2009) kerrotaan, että projektien merkitys Kymen A-klinikkatoimessa on seudullisen hoitotyön kehittäminen sekä uusien ratkaisumallien kehittäminen ja löytäminen. Projektien mielenkiinto kohdistuu asiakkaalle tuotettavaan hyötyyn. Triangeli-hankkeen tavoitteena on luoda Etelä-Kymenlaakson alueelle mielenterveys- ja päihdeasiakkaille avohoitomalli, jossa huomioidaan palvelujärjestelmän kehittäminen yhdessä sosiaali- ja terveystoimen sekä lastensuojelun kanssa.

Triangeli-hankkeen kolmijakoisuus korostuu sen painopisteissä. Eriteltyjä painopisteitä on kolme. Yhtenä osa-alueena nähdään yhteistyön lisääminen muiden toimijoiden kanssa; yhteisten sovittujen käytäntöjen ja matalan kynnyksen konsultoinnin avulla lisätään asiakaslähtöistä työtä. Toisaalta sosiaali- ja terveyspalvelujen ja lastensuojelun ammattilaisten osaamista kaksoisdiagnoosista tulee lisätä jotta palveluihin ohjaaminen on asianmukaista ja tapahtuu viiveettömästi. Kolmantena osa-alueena on luoda ja tuottaa päihde- ja mielenterveysongelmallisille seudullinen hoitomalli, joka tuotetaan lähipalveluna.

Triangeli-hankkeessa mukana olevat kunnat ovat Hamina, Kotka, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti. Asiantuntijoina on edustajia mielenterveyspalveluista, sosiaali- ja terveystoimesta ja päihdehuollosta. Projektia koordinoi Anna Hiltunen.

Opinnäytetyöni sijoittuu kahteen hankkeen osa-alueeseen. Työssäni haastattelen kaksoisdiagnoosiasiakkaita. Tarkoituksena on kartoittaa heidän palvelupolkujaan ja kokemuksia käytetyistä palveluista; palveluihin ohjautumisesta, niiden asianmukaisuudesta sekä saatavuudesta. Samoin fiktiivisen asiakkaan palvelupolku on apuna palveluverkon hahmottamisessa. Näiden tietojen avulla voidaan kehittää asiakaslähtöistä näkökulmaa päihde- ja mielenterveyshäiriöissä. Tulokset voivat olla myös apuna asianmukaisen hoitomallin ja palveluketjun kehittämisessä nimenomaan kaksoisdiagnoosiasiakkaan kokemuksellisesta näkökulmasta.

8 AIHETTA SIVUA VAT TUTKIMUKSET

Kaksoisdiagnoosi on uudehko käsite, vaikka päihde- ja mielenterveydenhäiriöt ovat kulkeneet ”käsi kädessä” jo pitkään. Palvelujärjestelmän hajanaisuus ja kahtiajako on synnyttänyt useita hankkeita, projekteja ja tutkimuksia, joissa käsitellään monihäiriöisyyden syitä, seurauksia sekä mahdollisia hoitopolkuja ja hyviä käytäntöjä. Esimerkiksi Alvy ry, Järvenpään sosiaalisairaala ja Niemikotisäätiö toteuttivat Polku-projektin, jonka tarkoitus oli kehittää nimenomaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitopolkuja pääkaupunkiseudulla. ”Palveluiden välisessä kuilussa” on sosionomi (AMK) Reetta Kauhasen kyseiseen projektiin tekemä opinnäytetyö, jossa on haastateltu asiakkaita heidän kokemuksistaan saamistaan palveluista. Kauhasen työ kuvaa kuntoutustyön hyviä käytäntöjä ja kehittämishaasteita. Keskeisiä tutkimuksesta nousevia kehittämishaasteita ovat varhaisempi puuttuminen ennen ongelmien kasautumista sekä palvelujärjestelmän yhtenäistäminen. (Kauhanen 2007.) Turun ammattikorkeakoulun sosionomi (AMK) -opiskelija Niina Ylönen on toteuttanut teemahaastatteluita kaksoisdiagnoosiasiakkaille selvittääkseen heidän kokemuksiaan kuntoutumisesta. Myös lukuisat muut projektit ja opinnäytetyöt sivuavat aihetta, kaikkia yhdistää näkemys palvelujärjestelmän kehittämisestä ja kaksoisdiagnoosin haasteellisuudesta.

9 TUTKIMUS

Asiakashaastatteluiden sekä työntekijöille tehtyjen haastatteluiden tarkoituksena on ollut tuottaa todenmukaista ja konkreettista tietoa siitä, millä tavalla palvelupolkuja

Kotkan seudulla on muodostunut kaksoisdiagnoosin omaaville asiakkaille. Haastatteluissani en pyri löytämään tiettyä kaavaa siitä, kuinka palvelukokonaisuus yleisesti toimii, vaan tulevat kuvaukset ovat esimerkkejä mahdollisista tavoista olla päihde- ja mielenterveyspalveluiden piirissä. Haastattelut antavat myös aitoutta ja oikeellisuutta fiktiiviselle ”Jaakolle”, joka kulkee nykyisessä palvelujärjestelmässä päihderiippuvuuden ja mielenterveyden häiriön kanssa.

Tutkimuksen suunnittelu on ensiarvoisen tärkeää teemahaastattelua rakennettaessa. Silloin hahmotetaan tutkimuksen päälinjat ja ratkaisut, sekä varsinainen kysymys; mihin haen vastausta? Koska oma tutkimukseni rakentuu esimerkinomaiseksi kertomukseksi kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolusta Kotkan seudulla, en hae asiakashaastatteluiden avulla valmista palvelumallia, vaan esittelen yhden mahdollisuuden. Pääasiallinen tutkimuskysymys onkin, minkälaiseksi palvelupolku voi Kotkan seudulla muotoutua kaksoisdiagnoosiasiakkaalle. Tärkein tieto, joka asiakashaastatteluista saadaan, ovat asiakkaiden henkilökohtaiset kokemukset palveluista. Oletukseni ja lähtökohtani on, että kuntoutumisprosessi on moninainen ja vaihtelee suuresti asiakaskohtaisesti. Tarkoitus on selvittää palveluohjauksen toimivuutta, palvelutarjonnan saatavuutta ja riittävyyttä sekä haastattelemini asiakkaiden omia kokemuksia saamastaan avusta. Haastateltavieni taustoja käytän myös pohjana ”Jaakon” esitiedoissa.

9.1 Teemahaastattelu

Haastattelu on keskustelu, jolla on tarkoitus. ”Sen voi tehdä monista lähdökohdista käsin ja toteuttaa monin eri muodoin”, toteavat Hirsjärvi ja Hurme (2000: 11). Kun haluamme saada selville ihmisten mielipiteitä, kerätä tietoa tai ymmärtää, miksi ihmiset toimivat havaitsemallamme tavalla, on luonnollista keskustella heidän kanssaan. Tällöin kysymme perusteita heidän toimille ja mielipiteille. (ks. Hirsjärvi, Hurme 2000: 11.)

Haastattelu on metodi, jonka tutkimuksen osapuolet kokevat yleensä miellyttäväksi (Hirsjärvi, Hurme 2000: 11). Haastattelin opinnäytetyössäni kahta kaksoisdiagnoosiasiakasta heidän elämästään, joten halusin valita keinon lähestyä heitä helposti ja luoda luottamuksen ilmapiirin itse haastattelutilanteeseen. Näin

haastateltava voisi myös kertoa juuri ne asiat, jotka kokevat luonteviksi ja merkityksellisiksi (Hirsjärvi, Hurme 2000: 11). Olin heille kuitenkin vieras ihminen ja kysyin intiimejä ja kenties vaikeita asioita heidän historiastaan. Täten tarvitsin tiedonkeruumuodon joka mahdollistaisi keskustelun jäsentelyn tiettyjen teemojen alle, mutta joka kuitenkin jättäisi haastateltaville mahdollisuuden vastata omin sanoin.

Huolimatta eduistaan, haastatteluun sisältyy myös ongelmia. Esille tulleiden tietojen, käsitysten ja merkitysten tutkiminen on ongelmallista, sillä haastattelu on aina konteksti- ja tilannesidonnainen. Jokainen yksilö luo oman käsityksensä todellisuudesta, emmekä voi koskaan olla varmoja muiden käsityksistä. (Hirsjärvi, Hurme 2000: 18.) Minun täytyy haastattelutilanteessa olettaa, että ymmärrän asiat samoin kuin haastateltava ja toisin päin.

Haastatteluissa vaikuttavat aina aika, paikka, haastateltavan elämäntilanne sekä haastattelijan ja haastateltavan keskinäinen vuorovaikutus (Hirsjärvi, Hurme 2000: 18.) Minimoin näitä eroja käyttämällä puolistrukturoitua teemahaastattelurunkoa ja luomalla omasta puolestani samanlaiset olosuhteet haastattelulle.

Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina, sillä ne ovat aloittelevalla tutkijalla helpompia (ks. Hirsjärvi, Hurme 2000: 61). Haastatteluni kohdentuivat vahvasti tutkittavien yksityiselämään ja arkaluontoisiin asioihin, joten en uskonut ryhmähaastattelun tuottavan käytännössä niin tarkkaa ja luotettavaa tietoa kuin yksilöhaastattelun. Koska halusin kerätä tietoa haastateltavien subjektiivista kokemuksista saamistaan palveluista ja palvelupoluistaan, en uskonut että ryhmähaastattelu olisi tuottanut mitään uutta tarpeellista tietoa. Myös aikataulujen sovittaminen ja tilojen etsiminen haastatteluja varten olisi ollut hankalampaa.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Siinä haastattelun aiheet, teema-alueet, ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten järjestys ja muoto voivat vaihdella suurestikin. (Hirsjärvi, Hurme 2000: 48.) Haastattelua tekevän tutkijan on välitettävä kuva haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. Suora lähestymistapa on kysyä haastateltavalta hänen uskomuksistaan, arvostuksistaan ja kokemussisällöistä. Eroja syntyy lähinnä strukturointiasteen perusteella, toisin sanoen riippuen siitä, miten tarkasti kysymykset muotoillaan ja

missä määrin itse haastattelijana jäsennän haastattelutilannetta. (ks. Hirsjärvi, Hurme 2000: 43.)

Valitsin tiedonkeruun menetelmäksi teemahaastattelun, sillä se ei ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, miten syvälle aiheen käsittelyssä tulisi mennä. Oleellisinta on, että haastattelu etenee tiettyjen ennalta valittujen teemojen varassa. Se vapauttaa minut haastattelijana tutkijan roolista ja tuo tutkittavien äänen paremmin kuuluviin (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000: 48).

9.2 Haastattelurunko

Haastattelurunkoa laatiessa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuuttelo. Tällöin teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alaluokkia (Hirsjärvi, Hurme 2000: 66). Tutkimuksessani haastatteluiden pääalueita ovat päihde – ja mielenterveysongelmat sekä palvelupolku Kotkan seudulla. Teemat itsessään ovat eritellympiä ja sisältävät apukysymyksiä, ja auttavat minua haastattelutilanteessa saamaan esille sen, mikä on oleellisinta.

Asiakashaastattelurunko (liite 1) on laadittu on siten, että fiktiivisen asiakkaan taustatiedoista saadaan mahdollisimman kattavat. Näin ollen olen pyytänyt haastattelemani kahta asiakasta kertomaan esitiedoiksi lapsuuden perheestään, päihteenkäyttöhistoriastaan ja psyyken ongelmista, sosiaalisesta verkostostaan sekä kulkemastaan palvelupolusta ja palveluihin pääsemisestä. Lopuksi he ovat voineet arvioida kokemuksiaan palvelujärjestelmästä.

Päihde – ja mielenterveydenhäiriöistä puhuttaessa otetaan usein esiin asiakkaiden geneettinen ja sosiaalinen perimä (Paloheimo 1997: 157 - 158). Halusin taustatietoa asiakkaiden perheistä myös voidakseni hyödyntää tätä Jaakkoa muotoillessani. Teoreettisessa viitekehyksessä on kerrottu sekä päihde- että mielenterveydenhäiriöiden, kuin kaksoisdiagnoosin kohdalla asiakkaiden tuen tarpeesta. Näin ollen olen halunnut asiakkaiden kertovan, mitä asioita he kokevat arjessaan ongelmallisiksi. Päihteenkäyttö ja mielenterveydenhäiriöt ovat olennaista tietoa kaksoisdiagnoosista puhuttaessa. Kuten edellä kerrottu, kaksoisdiagnoosiasiakasta hoidettaessa ja kuntoutettaessa on olennaista tietää

kaksoisdiagnoosin ”laatu” eli häiriöiden määrä ja vaikuttavuus arkeen. Myös palvelupolut ovat muotoutuneet toimintakyvyn ja pääongelman mukaan nykyisessä palvelujärjestelmässä. Lopuksi kysytty kokemus kaksoisdiagnoosiasiakkuudesta ja palvelujärjestelmän toimivuudesta on ensisijaisen tärkeää seudullista avohoitomallia kehitettäessä. Palveluista on kysytty siinä määrin, mikä on nimenomaan asiakkaiden kokemus. Varsinaiseen käytännön toimintaan esimerkiksi siirryttäessä palvelusta toiseen ei ole keskitytty. Palveluita on tässä kohtaa käsitelty sellaisina miten ne asiakkaille näyttäytyvät.

9.3 Asiakashaastattelut

Haastattelin opinnäytetyössäni kahta kotkalaista kaksoisdiagnoosiasiakasta. Heistä molemmat ovat naisia, joilla on taipumus masentuneisuuteen sekä rinnalla alkoholinkäyttöä. Asiakkaat ovat valikoituneet työntekijöiden avulla. Otin yhteyttä Anna Hiltuseen, joka on hankkeistavan Triangeli-hankkeen projektinvetäjä ja opinnäytetyöni työelämän ohjaaja. Hänen kontaktien avulla sain haastateltavat asiakkaat, sillä molemmilla haastateltavillani on asiakkuus A-klinikalle. Haastatteluja varten on anottu tutkimuslupaa Kymen A-klinikkatoimelta, luvan on vahvistanut apulaisjohtaja Jari Peltola (liite 6). Kotkan kaupungin eettiselle toimikunnalle on myös tehty vastaava lupahakemus, jonka on hyväksynyt palvelujohtaja Tauno Telaranta (liitteet 4 & 5).

Alkuperäinen ajatukseni oli haastatella useampia asiakkaita, mutta käytännössä se muodostui hankalaksi haastattelujen tullessa ajankohtaisiksi. Kymen A-klinikkatoimen kaksoisdiagnoosiasiakkaille tarkoitettu yksikkö Kymen 2D lakkautettiin opinnäytetyöni teon aikana, olin opinnäytetyön alkuvaiheilla ajatellut saavani sieltä mahdollisesti useamman asiakashaastattelun. Kymen 2D:n loputtua kyseiset asiakkaat ovat hajasijoitettu, joten haastateltavien hankkiminen mutkistui. Resurssien puitteissa minun olisi ollut mahdotonta matkustaa ulkokuntiin tekemään haastatteluja. Myös jotkut haastateltaviksi ajatelluista asiakkaista joko peruivat mielenkiintonsa ja suostumuksensa, tai heidän vointinsa oli muuttunut niin etteivät haastattelut olleet mahdollisia.

Loppujen lopuksi haastattelujen varmistuttua työelämän ilmoituksesta asiat sujuivat hyvin. Toista haastateltavista pystyin haastattelemaan hänen silloisessa asumispalvelussaan, toista haastattelin A-klinikan tiloissa. Asiakkaiden yhteystiedot sain työntekijöiltä asiakkaiden suostuttua haastatteluihin. Aikataulujen yhteensovittaminen oli helppoa ja vaivatonta, yleensäkin ottaen kaikki käytännön järjestelyt sujuivat mutkatta. Haastattelut nauhoitettiin johon asiakkaat olivat suostuvaisia. Ilman tätä suostumusta haastattelujen teko ja raportointi olisi varmasti ollut vaikeampaa. Asiakkaille on kerrottu haastattelutilanteesta opinnäytetyöstäni ja sen tarkoituksesta, sekä siitä, miten heitä koskevat tiedot käsitellään ja minkälaiseen muotoon. Asiakkaille on tässä yhteydessä tähdennetty sitä, ettei heitä voi tulosten perusteella tunnistaa, vaan että tulokset käsitellään teemoittain. Tähän he ovat olleet suostuvaisia.

Asiakkaat ottivat haastattelut uskoakseni hyvin vastaan. Haastattelutilanteet olivat miellyttäviä ja rauhallisia, saimme olla kahden molempien haastateltavien kanssa ja keskittyä aiheeseen. He kertoivat auliisti kokemuksistaan ja näkemyksistään, olin erittäin tyytyväinen haastattelujen antiin ja kiitin heitä. Haastateltaville on luvattu jälkikäteen toimittaa heidän osuutensa kirjallisena heidän molempien tätä pyydettyä. Haastattelut nauhoitettiin ja ne on ensin litteroitu, jonka jälkeen olen puhtaaksikirjoittanut ne. Puhtaaksikirjoitusta elävöittämään olen lisännyt kappaleiden väliin lainauksia asiakashaastatteluista, jotka mielestäni kertovat hyvin vallitsevista ilmiöistä ja ovat totta kai osa haastattelujen tulosta.

Seuraavassa ovat molempien asiakashaastattelujen teemoitellut vastaukset. Vastaukset on henkilötietolain (1999/523) 11§:n nojalla käsitelty niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä asiakasta. Tästä syystä osa palvelujen tarkoista nimistä on jouduttu sensuroimaan.

9.3.1 Ensimmäisen asiakashaastattelun purku teemoittain

Taustatiedot: Haastateltava on keski-ikäinen mies, jolla on samanaikainen päihdeongelma sekä mielenterveydenhäiriö.

Lapsuuden perhe: Asiakas on monilapsisesta perheestä. Muilla sisaruksilla ei asiakkaan mukaan päihde – tai mielenterveysongelmia. Asiakas on asunut lastenkodissa sisaruksensa kanssa, hänen äidillään on ollut mielenterveysongelmia. Samoin asiakas kertoo perheessä käytetyn väkivaltaa.

”Viina oli pelissä. Aika paljo oli väkivaltaa.”

Päihteet: Asiakas on juonut runsaasti alkoholia aiemmin, eikä ole kertomansa mukaan käyttänyt muita päihdeaineita. Päihteidenkäyttö on pahentunut kuluneen vuosikymmenen aikana. Asiakas kertoo alkoholinkäytön pahenemisen liittyvän vaikeisiin elämäntilanteisiin ja kriiseihin. Toisaalta juominen on osaltaan aiheuttanut vaikeuksia. Hän kertoo sairastuneensa useasti alkoholipsykoosiin pitkien käyttöjaksojen jälkeen. Kaveripiiri koostunut pääasiassa muista alkoholin suurkuluttajista.

”Haluun et.. et alotan uuen elämän. Nyt oon ollu melkee vuoden juomatta --- viina on käyny usein mielessä..”

Mielenterveys: Asiakas on kertomansa mukaan ollut masentunut. Ajoittain hänellä on ollut maanisdepressiivistä käytöstä ja psykoottisuutta on ilmennyt. Hän syö psyykelääkkeitä. Vaikeinta mielenterveyden kannalta on asiakkaan mukaan aloitekyvyttömyys ja masennuksen muut oireet. Kertoo, että on päiviä jolloin tuntuu ettei pääse sängystä ylös. Tuolloin hänellä on itsetuhoisia ajatuksia.

”Myöhemmin mul oli sit tota, toi syvä masennus.”

Kaksoisdiagnoosi: Kertomansa mukaan masennus on alkanut ensin. Alkoholi on ollut itselääkintää masentuneisuuteen sekä tapajuomista. Alkoholinkäyttö ollut runsasta ja vaikeuttanut arjen sujumista.

”Vanhemmal iällä tuli tot niinku vähä maanis-depressiivisyyttä. Ja se on varmaan tost viinasta, on tullu se mulle.. ja sitte se alkoholipsyykosi jos juo pitkään ni...”

Haasteet: Asiakkaan tilanne on monella tapaa hankala. Asiakkaalla ei ole varsinaista ammatillista koulutusta tai jatkuvaa työkokemusta. Hän ei ole työkykyinen eikä tällä hetkellä kykene asumaan itsenäisesti avohuollon tukitoimin. Hän on kokenut väkivaltaa ja lukuisia menetyksiä elämässään. Asiakas kertoo voinnin vaihtelevan, ajoittain on huonompia kausia jolloin arki tuntuu vaikealta.

”...mä oon aika arka. Ja sellain yksinäinen tuun olee”

Palvelupolku: Asiakas on ollut nuoruudessa lastenkodissa, kertoo hakeutuneensa sinne itsenäisesti josta oli otettu yhteyttä sosiaalityöntekijään. Samassa yksikössä asui myöhemmin myös haastateltavan veli. Asiakkaalla on taustalla lukuisia katkaisuhoidonjaksoja. Hän on useaan otteeseen asunut Kymen A-klinikkatoimen ylläpitämissä päihdekuntoutujille tarkoitetuissa asumispalveluissa. Hän on asunut myös Kakspy ry:n (Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry) sekä Kotkan kaupungin mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa asumisyksiköissä. Joskus asuminen on keskeytynyt päihteenkäytön vuoksi. Asumisjaksojen välissä asiakas on myös asunut vuokralla omassa asunnossa tämän kuitenkin onnistumatta pitkällä tähtäimellä. Hänellä on myös taustalla useita hoitojaksoja psykiatrisessa sairaalassa.

”Olin siel vähä aikaa ja taas lähin ryyppäämää. Mul oli vähä viel rahaa ni ryyppäämää ja jällee kerran katkolle ja. Sit ne sano et tää on viimeinen kerta, ja sit miä sinne jäin ja. Sitte, sieltä ni Kuusaalle ku mä aloin näkee jotai, jotai harhoi, tai pääasias oli ehkä kuuloharhoi pelkästää.”

Asiakas on aiemmin asunut myös kaksoisdiagnoosiasiakkaille tarkoitettussa yksikössä, jota hän kuvailee lämpimästi.

”Se oli paras paikka. Siel pääs urheilee ja kaikkee elokuvii kattoo sun muuta.”

Kysyttäessä palveluiden saatavuudesta asiakas kertoo saaneensa palvelua esimerkiksi asumisen muodossa, mutta useassa paikassa on todettu hänen ”kuuluvan jonnekin muualle”, ettei yksikön tarjoama palvelu sovellu asiakkaalle.

”Paikat vaihtuu, ku emmiä kuulemma kuulu tänne.”

”Onks missää muussa paikassa sanottu et siä et kuuluis tänne?”

”Totaa. On joo. Että miä oon.. että. Etten kuulun sinnekkää.”

Palveluun ohjautuminen: Palveluiden piiriin asiakas päässyt omatoimisesti hakeutumalla selviämisasemalle ja katkaisuhuoltoon, sekä perusterveydenhuollon ja päihdehuollon lääkärin läheteellä psykiatriseen sairaalahoitoon. Perusterveydenhuollosta asiakas on saanut läheteen myös Mielenterveyskeskukseen. Iso osa hoitoon hakeutumisista on tapahtunut asiakkaan omasta aloitteesta.

”Mä en oikein muista. Taisin hakeutuu ite (Mielenterveystoimistoon). Soittamalla. Kävin miä siel pari kertaa. Mut en miä, ne anto masennuslääkkeen --- en miä niit sit syöny.”

H: ”Onn joo, nehän (somaattisen sairaalan henkilökunta) heti ehdotti Turvalaa menoo et näkihän ne niist maksakokeist että kohonneet oli, muutenkii. Ja sitte, ne yritti sielt tonne Kuusaalle mut siel oli täyttä sillon.”

”Tyypillinen kaksoisdiagnoosiasiakas”: Asiakas kertoo, että elämä on kaikin puolin vaikeaa. Hän huomauttaa, että vaikka päihteidenkäyttö ja mielenterveydenongelmat ovat isoja haasteita jo yksinään, aiheutuu niistä monia muita ongelmia. Näistä esimerkkeinä työttömyys, koulutuksen puute, asunnottomuus ja tekemisen puute. Myös ystävien vähyyden hän kokee hankalaksi, sillä ystäväpiiri on aiemmin koostunut lähinnä päihteidenkäyttäjistä.

9.3.2 Toisen asiakashaastattelun purku teemoittain

Taustatiedot: Haastateltava on 45 –vuotias naispuolinen kaksoisdiagnoosiasiakas. Hän asuu tällä hetkellä itsenäisesti, on asiakkaana Kymen A-klinikkatoimella sekä käy säännöllisesti Mielenterveystoimistossa saaden keskusteluapua molemmista.

Lapsuuden perhe: Asiakas on perheensä ainoa lapsi, vanhemmat ovat eronneet asiakkaan ollessa alle kouluikäinen ja hän on tästä eteenpäin asunut äitinsä kanssa. Äiti on tehnyt itsemurhan. Asiakkaalla ei ole aiempaa muistikuvaa siitä, että äidillä olisi ollut mielenterveydellisiä ongelmia. Asiakas on muuttanut äidin kuoleman jälkeen isänsä luokse asumaan. Isällä oli ollut alkoholin liikkäyttöä aiemmin, sittemmin raitistunut. Perhe oli asiakkaan mukaan riitaisa.

”..ei mikään unelmaperhe ollu.”

Päihteet: Asiakas käyttää alkoholia. Hän kertoo juomisen olevan vähäistä, mutta päivittäinen tapa joka on jatkunut jo vuosia.

”Elikkä mä oon vuosikausia juonu... sillee päivittäin melkee. Se ei oo mitään semmosta rajua juomista vaan se on semmosta tapajuomista enemminkin. --- Et välillä tulee semmosia, todella harvoin et tulee juotua todella paljon yhtenä päivänä. Et kyl se on ollu tasasta jo pitkään.”

Mielenterveys: Asiakas kertoo sairastavansa masennusta. Hän kertoo reagoivansa elämän kriiseihin syvenevällä masentuneisuudella ja sitä myöten toimintakyvyn lamaantumisella, hän ”palaa loppuun” asioiden kasautuessa. Voinnin huonotessa asiakkaalla on itsetuhoisia ajatuksia.

”.. mut mä en tiedä et kuinka paljon se liittyy siihen juomiseen ja kuinka paljon sit tohon mielialaan muuten. Et on ollu pientä itsensä vahingoittamista ja sit tietysti joskus jää lähtemättä johonkin kun mielummin jää sen pullon ääreen...”

” Aikasemmin olin ihan toimintakyvytön, meni niin pitkälle tää et mitä nyt nää tyypilliset masennuksen oireet, mikään ei tunnu miltään ja ja mitään ei enää, siis meni ihan et käytännön toimintakyky katos. Muisti heikkeni ja keskittymiskyky meni ja ihan.”

Kaksoisdiagnoosi: Asiakas kokee, että hänen alkuperäinen ongelmansa on ollut taipumus masennukseen ja päihteidenkäyttö on ollut seurausta tästä. Alkoholi on

toiminut turruttavana ”itselääkintänä”. Asiakkaan elämässä on hyviä kausia jolloin hän on työkykyinen.

”Kyllähän se varmaan, siis sen juomisen taustalla on ollu vaikeudet ja elämän jutut. Et kyl se mielenterveysongelma on siellä tavallaan pohjalla. Juominen tuo siihen tavallaan, semmosta itselääkintää. Tossa psykiatrin kanssakin kun siitä oli puhetta päädyttiin siihen et ihan selvästi se ongelma on se taipumus siihen masennukseen...”

Haasteet: Asiakas kokee vaikeaksi ystäväystyä ihmisiin. Hänen koulunkäynti on kärsinyt sekä työt ovat keskeytyneet sairauden myötä. Asiakkaan tavoite on pyrkiä eroon tapajuomisesta, tavoitteena ei siis ole täysraittius vaan päivittäisen juomisen saaminen hallintaan ja vähemmälle.

”Työssä oli tietysti jaksamisen kanssa vaikeeta. Opiskelut on keskeytyny. Mennään jaksamisen äärirajoilla.”

Palvelupolku: Asiakas on hakeutunut ensimmäisen kerran palveluiden piiriin 1990-luvulla. Tuolloin hän meni terveyskeskukseen masentuneisuuden vuoksi. Asiakas on tuolloin saanut terveyskeskuslääkärin lähetteen psykiatrin luokse, jossa hän oli käynyt muutaman kerran.

”No mä kävin vaan sen psykiatrin luona pari kertaa , et mulla ei ollu varsinaista semmosta keskustelemaa suhdetta sinne... sain lääkkeit ja sairauslomaa.”

Asiakas on käynyt sittemmin perusterveydenhuollossa, josta hän on hoitajan suosittelemana mennyt A-klinikalle keskustelemaan päihteidenkäytöstä. Terveyskeskuslääkäri oli kirjoittanut pitkän sairausloman ja asiakas oli itse pyytänyt lähetettä Mielenterveystoimistoon. Hän oli päässyt Mielenterveystoimiston asiakkaaksi melko nopeasti ja käynyt siellä muutamia kertoja kuukaudessa hoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Asiakas oli hakeutunut omatoimisesti myös A-klinikan asiakkaaksi. Hän on ollut selviämisasemalla ja katkaisuhoidossa muutaman päivän saadakseen päivittäisen juomisen poikki. Asiakkaalla on hoitosuhde A-klinikalle.

”Niin, no miä vähän kattelin laitospaikkoja --- joku semmonen, mielenterveys- ja päihdekuntoutuspaikka --- mut et sinne ois saanu maksusitoumuksen niin olis ollu aika epätodennäköistä. Siis jotain sellasta, jossa olis ollu kokoajan henkilökuntaa.. kokoajan tavallaan ettei ois ollu yksin omineen. Siinä ois ollu tukea ja tavallaan tukea siihen masennukseen ja mahdottomuus juoda.”

Palveluun ohjautuminen: Asiakas on ohjautunut palveluiden piiriin omasta aloitteesta hakeutumalla terveyskeskukseen. Asiakas on pyytänyt itse lähetettä Mielenterveyskeskukseen ja hakeutunut itsenäisesti A-klinikan asiakkaaksi.

”Mut et ties ja osas, ties mistä saa apua ja osas pyytää.. et oon ollu varmaan aika toisenlaises asemassa ku vertaa johonkin joka ei näistä tiedä..”

”Tyypillinen kaksoisdiagnoosiasiakas”: Asiakas uskoo isolla joukolla asiakkaista päihteiden olevan ”itselääkintää” ja helpotuksen hakua mielenterveyden ongelmiin. Toisaalta hän ajattelee myös, että runsas päihteidenkäyttö luo mielenterveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia.

9.4 Asiakashaastattelujen tulokset

Toinen haastateltavista asiakkaista kritisoi suoraan palveluiden hajanaisuutta. Hän koki, että hoito olisi parempaa jos sekä päihde- että mielenterveyspalvelut olisivat samassa paikassa.

”Ihan näin konkreettista asiaa ku lääkitystä ajatellen, niin jos ne ois yhdessä niin ois paljon parempi. Ei, ei varmaan niinkun.. tai ainakin tulee mieleen et päihteidenkäyttäjät menee mielenterveyspuolelle ja saa lääkityksen, ja saattaa hakea sitä lääkitystä vain päihtyäkseen. Ja jossain asioissa jos nää puolet kulkis enemmän käsi kädessä niin näiltä ongelmilta vältyttäisiin. Ois tietoo.”

”Tavallaan nyt se on niin, et kun mä olin täs katkolla niin me sovittiin semmonen yhteistapaaminen, johon tuli tää mun mielenterveystoimiston hoitaja. Mut sekin oli niinkun luvanvarainen, et ei nää ois voinu tehdä mitää ilman mun lupaa.”

Molemmat haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että palvelujen piiriin on ollut mahdollista päästä. Usein se on kuitenkin vaatinut pidemmän ajanjakson, tai asiakkaat ovat joutuneet jonottamaan. Yksittäisiä tapauksia on ollut molemmilla, jolloin jokin palvelu on ollut heidän saavuttamattomissaan. Molemmat asiakkaista ovat asioineet sekä päihde- että mielenterveyspuolen palveluissa, tietämättä edelleenkaan kummalle puolelle he kuuluvat. Toisella heistä oli lukuisia laitos- ja avohoitojaksoja päihde- ja mielenterveyspuolella, toisella oli asiakkuus haastatteluhetkellä kumpaankin tahoon.

”Et semmost pientä pompottamistahan se on.”

Asiakkaat olivat nähneet paljon vaivaa saadakseen tarpeelliseksi katsomansa palvelut; toinen oli jopa joutunut masentuneisuuden vuoksi pyytämään lähetettä, kun lääkäri olisi antanut hänelle vain sairauslomaa. Usein jatkohoidon järjestyttyä hoitoon hakeutuminen on jäänyt asiakkaiden omalle vastuulle. Asiakkaille oli suositeltu A-klinikkaa apuna päihdeongelmaan, mutta kontaktin järjestäminen oli jäänyt heidän omalle vastuulle. Asiakkaat olivat molemmat tyytyväisiä siihen, että he olivat itsenäisesti tienneet palveluista ja jaksaneet hakeutua niihin.

Toinen asiakkaista oli useammassa palvelussa törmännyt siihen, ettei hän ”kuulunut” kyseisen palvelun piiriin. Hänet oli luokiteltu toisenlaiseksi, kuin mitä palvelun oli ajateltu olevan. Kuntouttavassa päihdeasiakkaille tarkoitetussa yksikössä hän oli ollut liian huonokuntoinen, mielenterveyspuolen asumisyksikössä taas liian hyväkuntoinen profiloitiin nähden. Näin ollen hänellä onkin lukuisia asumispalvelujaksoja sekä päihde –että mielenterveyspuolilta.

Palveluiden sekavuus ja kentän laajuus näkyy enemmän palveluiden hajanaisuutena ja paikkojen vaihtumisena, kuin siinä ettei palvelua saisi mistään. Toinen kysymys on se,

onko tarjolla oleva mahdollinen palvelupolku asianmukainen ja voidaanko palvelujärjestelmän kautta vastata asiakkaiden tarpeisiin ja haasteisiin.

10 PALVELUPOLKU

10.1 Tutkimuksen kulku

Esimerkki Kotkan seudulla mahdollisesta kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolusta muotoutuu työntekijöiden teemahaastatteluilla. Asiakkaana on fiktiivinen Jaakko, jonka palvelutarpeeseen yritetään vastata.

Tutkimukseni jatkuu asiakashaastatteluiden ja teoriatiedon pohjalta koostamani Jaakon matkassa. Kyseessä on fiktiivinen kaksoisdiagnoosiasiakas, joka kulkee Kotkan seudun päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tarkoitus on selvittää, minkälaiseksi yksittäisen sekä päihde- että mielenterveydenhäiriötä sairastavan asiakkaan palvelupolku voi tällä alueella muotoutua. Tapausesimerkki on yksittäinen, mutta se tarjoaa käytännön tietoa siitä, kuinka asiat voivat edetä tässä kunnassa.

Tutkimus koostuu ”Jaakosta”, työntekijöille tehdyistä teemahaastatteluista sekä palvelupolun purkamisesta. Muotoutuneen palvelupolun pohjalta voin tarkastella Kotkan seudun päihde- ja mielenterveyspalvelujen kokonaisuutta, sillä yksittäinen palvelupolku itsessään ei vielä anna aiheutta yleistää polusta hyviä käytäntöjä ja kehityshaasteita. Seuraavassa Jaakon taustatiedot, joiden pohjalta työntekijät ovat hänen tilannettaan arvioineet, sekä työntekijöille teettämäni teemahaastattelun runko.

10.2 Jaakon muotoutuminen

Fiktiivinen kaksoisdiagnoosiasiakas Jaakko (liite 3.) on muotoutunut itseni toimesta asiakashaastattelujen ja teoriatiedon pohjalta. Haastattelut ovat paitsi tuottaneet arvokasta tietoa kahden kaksoisdiagnoosiasiakkaan kokemuksista Kotkan seudun palveluista, he myös tuovat ”elämää” Jaakon taustatietoihin.

Molempien haastateltavien lapsuuden perheissä oli ollut päihteidenkäyttöä, joten päätin että näin on myös Jaakon kohdalla (ks. Paloheimo 1997: 157 - 158). Molempien haastateltavien lapsuus oli myös vaiheikas, toisella oli lastenkotitaustaa ja toinen oli menettänyt nuorena äitinsä. Tästä syystä halusin Jaakollekin jonkin vallitsevan teeman nuoruuteen, joten kiusatuksi tuleminen ja kiusaaminen tuntuivat luontevilta. Ne myös kuvaavat Jaakon persoonaa sekä itsetuntoa. Toisen haastateltavan lastenkotitaustaan nojaten päätin, että myös Jaakko on sijoitettu alaikäisenä kodin ulkopuolelle, hän tosin päihdenuorten yksikköön.

Jaakon päihdetausta on laadittu teorialiedon ja käyttötilastojen pohjalta (Päihdelinkin verkkosivut). Tilastojen mukaan useimmin käytettyjä päihteitä ovat alkoholi, tupakka ja kannabis, myös sekakäyttö on yleistä. En halunnut tehdä Jaakon päihdeongelmasta turhan monimutkaista, sillä opinnäytetyöni päähuomio on kuitenkin kaksoisdiagnoosissa kokonaisuutena ja sen problematiikassa palvelujärjestelmään suhteutettuna.

Mielenterveydenhäiriö on Jaakolle muotoutunut siinä määrin asiakashaastattelujen pohjalta, että hän on masentunut. Samoin äänien kuuleminen voi liittyä haastattelussa ilmi tulleseeseen alkoholipsykoosiin, tai amfetamiinin aiheuttamiin harha-aistimuksiin. Toisaalta psykoottisuus voi olla myös päihteidenkäytöstä riippumatonta. Olen itse päihde- ja mielenterveyshäiriöissä nähnyt useimmilla asiakkailla viiltelyn jälkiä käsivarsissa, joten tuntui luontevalta elävöittää Jaakkoa kertomalla hieman hänen fyysisestä olemuksestaan. Kaksoisdiagnoosin laatu on Jaakolle määräytynyt pitkälti haastattelemieni asiakkaiden kertomusten pohjalta.

Niin ikään Jaakon haasteet on otettu haastattelemieni asiakkaiden elämästä. Päihdehäiriön ja mielenterveydenhäiriön myötä koulu on jäänyt kesken eikä työkokemusta ole paljoa. Ongelmien kasautuessa välit läheisiin ovat huonontuneet ja arki on kriisiytynyt.

10.3 Jaakon alkuperäinen palvelupolku

Otin yhteyttä heinäkuussa Kymen A-klinikkatoimen Karhulan A-klinikalle. Tein haastattelun Katkaisuhuoltoasemalla. Haastattelussa kävi ilmi, että huumeasiakkaat

tulevat heille yleensä suunnitellusti. Periaatteessa katkaisuhoidon pääsee yleensä aina jonottamatta ja ilman lähetettä, mutta hoitajakson onnistumisen kannalta huumekatkot aloitetaan sovitusti. Työntekijöiden mukaan palveluun ohjautuminen tapahtuu esimerkiksi terveyskeskuksista ja A-klinikan avohuollon sekä Päihdeklinikan työntekijöiden toimesta, joten otin yhteyttä Kotkansaaren terveyskeskukseen sekä Turvalan A-klinikalle päivystävään sairaanhoitajaan.

Päivystävä sairaanhoitaja A-klinikalta lupasi vastata haastattelurunkoon kirjallisesti, joten lähetin hänelle asiakkaan taustatiedot sekä teemahaastattelurungon. Hänen vastauksensa on käsitelty edellä. Kotkansaaren terveyskeskuksen osastonhoitaja oli asiasta kiinnostunut, ja kertoi delegeoivansa haastattelun osastonsa sairaanhoitajille tai lääkärille. Haastatteluun ei kuitenkaan ollut kiinnostusta kyseisillä tahoilla.

Katkaisuhoidon työntekijöiden näkemys Jaakon tilanteesta oli se, että päihdekatkaisun jälkeen tämänkaltaisen asiakkaan paras paikka olisi sillä hetkellä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Sairaalahoidon avulla olisi mahdollista puuttua itsetuhoisuuteen ja tarpeen mukaan tätä kautta ohjata asiakas jatkohoitoon, esimerkiksi johonkin päihde- tai mielenterveyspalvelua tuottavaan asumisyksikköön. Otin yhteyttä Kymen sairaanhoitopiirin puhelinvaihteen kautta Kuusankosken psykiatrisen sairaalan päihdekuntoutusosastolle, josta sain osaston vastaavan hoitajan sähköpostiosoitteen. Kysyin häneltä teemahaastattelusta ja lähetin hänelle sähköpostin liitteenä sekä asiakkaan taustatiedot että haastattelurungon. Hän vastasi, etteivät he tällä hetkellä osallistu tutkimukseeni, neuvoteltuaan tulosalueen ylihoitajan kanssa.

Alkuperäinen palvelupolku olisi siis haastattelujen toteutuessa ollut; terveyskeskus, A-klinikan avohoito, katkaisuhoido, psykiatrisen sairaala ja jatkohoito. Haastattelujen puutteen vuoksi palvelupolku oli muotoiltava uudestaan ja etsittävä uudet tahot.

10.4 Jaakon palvelupolku

Jaakon palvelupolku koostuu Kymen A-klinikkatoimen tuottamista päihdepalveluista. Vaikkakin Jaakko olisi ohjautunut sekä psykiatriseen sairaalaan, että asioinut terveyskeskuksessa, eivät kyseiset tahot olleet halukkaita ottamaan osaa tutkimukseen

kuten edellä kerrottu. Lopullinen palvelupolku olikin Jaakon kohdalla Päihdekliniikka, Katkaisuhuolto, A-kliniikka sekä Tulevaisuudentalo.

Jaakon palvelupolku on rakentunut yhdessä haastattelemini työntekijöiden kanssa. Heitä on teemahaastateltu (liite 2) ensin koskien kyseistä palvelua yleisesti ja sitten kysytty Jaakon taustatietoihin nojautuen, mitä hoito ja kuntoutus olisivat yksikössä nimenomaan Jaakkoa ajatellen. Näin ollen haastattelun lopuksi on käsitelty Jaakkoa kuin oikeaa asiakasta ja pohdittu, miten mahdollinen jatkohoito voitaisiin asiakkaan kohdalla järjestää ja mitä kaikkea hänen elämäntilanteeseensa voisi liittyä. Näin on rakentunut Jaakon palvelupolku ja palveluun ohjautuminen. Vastauksissa normaali teksti siis edustaa palvelua yleisesti työntekijöiden kertomana ja kursivoitu teksti Jaakon tilannetta ennen kyseistä palvelua, palvelun aikana ja sen jälkeen.

10.4.1 Päihdekliniikka polun avaajana

Päihdekliniikalle ohjataan asiakkaita muun muassa Mielenterveyskeskuksesta, lastensuojeluyksiköistä, psykiatrisesta sairaalasta ja terveyskeskuksesta. Asiakkaita voi tulla myös omaisten ja ystävien kehotuksesta joko päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle maanantaista perjantaihin klo 8-10 ja 12-14, tai ensin soittamalla ja varaamalla ajan. Jos lähettäjänä on viranomaistaho, he laittavat asiakkaan suostumuksella tämän esitiedot Päihdekliniikalle. Asiakkaan omalle vastuulle jää, ottaako hän yhteyttä Päihdekliniikkaan.

Päihdekliniikan asiakkaita ovat pääasiassa alkoholi- ja huumeongelmaiset sekä sekakäyttäjät, mutta myös peliriippuvaiset. Päihdekliniikalle voi tulla päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle muissakin elämän kriiseissä. Jos ongelma ei kuitenkaan liity päihteisiin tai muuhun riippuvuuteen, asiakas ohjataan eteenpäin asianmukaiseen palveluun esimerkiksi Villa Jenseniin tai terveyskeskukseen. Vahvasti päihtynyt asiakas voidaan myös lähettää katkaisuhuoltoon.

Päihdekliniikka tarjoaa keskustelevaa kriisiapua, yksilö-, pari- ja ryhmäterapiaa, ryhmähoitoa, akupunktiohoitoa, erialaisia rentoutusmenetelmiä ja lääkehoitoa. Päihdekliniikalla asiakas voi tavata päivystävää sairaanhoitajaa, ja ajanvarauksella myös sosiaaliterapeuttia ja lääkäriä. Päihdekliniikalle saapuvan asiakkaan kanssa

tehdään alkukartoitus joka kestää normaalisti 1-3 tapaamiskertaa. Tämän jälkeen asiakkaalle sovitaan oma työntekijä jota tämän tulisi tavata. Hoitotakuun mukaisesti alkukartoituksen jälkeen käynnit alkavat viimeistään puolen vuoden jälkeen. Tuona aikana asiakkaan on mahdollista käydä keskustelemassa päivystävän sairaanhoitajan kanssa tai hakeutua asiakkaaksi A-klinikan avohoitoon Turvalaan. Asiakkaan tarpeen mukaan hänelle sovitaan oman työntekijänsä luokse käynnit, joita on aluksi yleensä kerran viikossa ja myöhemmin harvemmin. Päihdeklinalle on myös riippuvaisen asiakkaan läheisten mahdollista tulla keskustelemaan.

Asiakkaan avun ja kuntoutuksen tarvetta arvioidaan yksilöllisesti asiakkaan kanssa. Alkukartoituksessa pyritään selvittämään asiakkaan toiveet ja tavoitteet, sekä hänen kokemansa pääongelmat. Tuolloin keskustellaan päihteenkäytöstä ja määristä, asumistilanteesta, perheestä sekä sosiaalisista suhteista. Asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma jota tarkastetaan tietyin väliajoin.

Tavallisesti päihdeklinikan asiakkuus kestää muutamasta viikosta lopun elämää. Aika vaihtelee yksilöllisesti sekä tavoitteiden mukaisesti. Asiakas voi myös olla toisenlaisen palvelun tarpeessa jolloin asiasta keskustellaan asiakkaan kanssa. Mahdollisia jatkohoitotahoja asiakkaan tarpeesta riippuen ovat Tukikeskus Villa Jensen, terveyskeskus, lastenkoti Taimela, Alvari perhetyö, Järvenpään sosiaalisairaala, psykiatrinen sairaala, Meilahden sairaala sekä Kymen A-klinikkatoimen eri yksiköt. Edellä mainittujen tahojen kanssa tehdään myös muuten yhteistyötä.

Jatkohoidon tarvetta arvioidessa otetaan huomioon asiakkaan kokonaisvaltainen elämäntilanne. Hoito on lähes poikkeuksetta vapaaehtoista sekä maksutonta.

Jaakon veli oli huolissaan. Jaakko oli muuttunut viimeisten kuukausien aikana, eikä häntä saanut kiinni juuri koskaan. Puhelimessa Jaakko vaikutti äkäiselle ja keskustelu oli vaisua. Hän otti puheeksi päihteenkäytön Jaakon kanssa. Pitkän keskustelun jälkeen Jaakko suostui lähtemään veljensä kanssa Päihdeklinalle. Asiat olivat niin huonosti, että tuskin siitä haittaakaan olisi.

Jaakko saapui päivystykseen veljensä kanssa seuraavana aamuna. Hän kertoo tilanteestaan, siitä ettei ole asuntoa eikä rahaa. Jaakko on huonolla tuulella. Edellisenä iltana on tullut riitaa kaverin luona, missä hän yöpyy. Jaakko on aamulla ottanut alkoholia sekä käyttänyt kannabista. Sairaanhoitajan arvion mukaan jatkohoito tapahtuu nyt ensisijaisesti katkaisuhoidossa, sillä ennen päihdekierteen katkaisua mikään muu hoito ei ole mahdollista. Sairaanhoitaja kertoo, että Päihdeklinalta tulee työntekijä tapaamaan häntä katkaisuhoidon. Katkolla on tilaa ja Jaakko siirtyy samana päivänä.

10.4.2 Katkaisuhoidon ratkaisuna päihdekierteeseen

Katkaisuhoidon on 16-paikkainen vuodeosasto, joka on tarkoitettu akuutin päihdekierteen katkaisuun. Selviämisasemalle ja katkaisuhoidon asemalle pääsee ilman lähetystä. Asiakas voi itse varata paikan tai tulla sosiaali- ja terveystoimen tai A-klinikan ohjaamana. Katkaisuhoidon voi hakeutua koska tahansa, periaatteessa yksikössä on aina avoimet ovet ellei yksikkö ole paikkamäärän mukaan täysi. Asiakkaan yksilöllinen tilanne kuitenkin määrittää, milloin katkaisuhoidon käytännössä aloitetaan. Esimerkiksi huume-, lääk- ja sekakäyttökätkot aloitetaan suunnitellusti ja sovitusti. Näin ollen asiakas ohjataan ensin A-klinikalle, jolloin hoito- ja kuntoutusprosessiin voidaan ottaa alusta alkaen avohoidon mukaan. Työntekijöiden kokemuksen mukaan huume- ja lääkeriippuvaisten katkaisuhoidot ovat tuloksellisempia silloin, kun sitoutuminen päihdeettömyyteen aloitetaan jo varsinaista katkaisuhoidon aiemmin ja asiakasta voidaan motivoida ennen varsinaista katkaisuhoidon aloitusta.

Asiakkaan ohjautuvat katkaisuhoidon esimerkiksi A-klinikan avohoidon, päihdeklinikan ja terveyskeskuksen kautta. Työntekijöiden mukaan palvelusta tiedetään niin sanotun puskaradion kautta, usein asiakkaat saavat tiedon palvelusta muista yksiköistä, muilta päihdeikäyttäjiltä, omaisilta, ystäviltä ja tuttavilta. Omaisilta ja tuttavilta saatu tieto ei välttämättä kuitenkaan ole paikkansa pitävää siinä suhteessa, mitä hoito katkaisuhoidon asemalla todellisuudessa on. Ihmisten käsitykset eroavat omien kokemusten ja kuulopuheen perusteella.

Katkaisuhoidon asiakkaita ovat päihteenkäyttäjät, joiden päihdeongelma erinäisistä syistä kriisiytyy. Asiakkaita on laidasta laitaan, ikähaarukka on suuri ja molemmat sukupuolet ovat edustettuina. Päihderiippuvuus vaihtelee myös suuresti; asiakkaina ovat alkoholin-, lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjät sekä sekakäyttäjät. Asiakkaiden elämäntilanne päihdeongelman ulkopuolella vaihtelee suuresti. Työntekijöiden mukaan aikuisilla alkoholiriippuvaisilla saattaa olla vielä työpaikka tallella, oma asunto sekä perhe-elämää. Nuoremmilla huumeidenkäyttäjillä tilanne on monesti vaikeampi, jolloin asiakkaan elämäntilannetta vaikeuttavat muun muassa kouluttamattomuus, pitkäaikaistyöttömyys, asunnottomuus, velat ja rikoskierre. Usein heidän lähipiirinsä koostuu paljolti muista päihteenkäyttäjistä. Toki poikkeuksiakin löytyy.

Katkaisuhoidon keskittyy ensisijaisesti päihdekierteen katkaisuun ja jatkohoidon selvittämiseen tarpeen mukaan. Yksikön perustyö on asiakkaan hygieniasta ja ravinnosta huolehtimista, turvan ja lepopaikan tarjoamista. Yleisesti pyritään siihen, että asiakkaan yleistila kohenee yksilöllisistä tarpeista lähtien. Hoitoina ovat vieroitusoireiden hoito, oireenmukainen lääkehoito ja keskustelut. Yksikössä kiertää lääkäri kahdesti viikossa, tarpeen mukaan häntä voi konsultoida myös puhelimitse. Akuuteissa tapauksissa lääkäripalveluja saadaan myös terveyskeskuksesta ja ensiavusta. Tärkeä tekijä Katkolla on turvallisuus; työntekijöiden mukaan moni päihteenkäyttäjä pelkää vakavia vieroitusoireita ja esimerkiksi kouristuskohtauksia sekä harhoja, jolloin katkaisuhoidon on turvallinen paikka vieroittautua päihdeestä. Yksikössä on säännöllinen viikko-ohjelma, sisältäen kolme hoitoryhmää päivittäin joissa asiakkaalla on mahdollisuus muiden asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa pohtia päihdeongelmaansa sekä ratkaisuja tilanteeseen.

Asiakkaan jatkohoidon tarvetta arvioidaan keskusteluissa asiakkaan kanssa. Tulohaastattelussa kysytään asiakkaalta tämän päihteenkäytöstä, vieroitusoireista sekä yleisestä elämäntilanteesta, joka myös osaltaan määrittää jatkohoidon tarvetta ja asiakkaan motivaatiota. Siinä kartoitetaan muun muassa asiakkaan toimeentulo sekä asumistilanne. Katkaisuhoidon aikana asiakasta motivoidaan osallistumaan ryhmiin ja keskustellaan asiakkaan kanssa yksilökohtaisesti. Työntekijöiden mukaan asiakkaan oma motivaatio on tärkein tekijä jatkohoidon määrittämisessä, ja asiakkaan mielipide jatkohoidon tarpeesta voi muuttua useastikin katkaisuhoidon aikana.

Asiakkaiden siirtyminen jatkohoitoon määräytyy yksilöllisesti asiakkaan voinnin ja yleistilan mukaan. Käytännössä katkaisuhuolto harvemmin jatkuu kahta viikkoa kauempaa, jos vieroitusoireet väistyvät ja varsinainen päihteenkäytön katkaisu on ollut onnistunutta. Katkaisuhoidon voidaan kuitenkin jatkaa tarpeen mukaan, jos asiakkaan jatkohoito ei järjesty saumattomasti. Asiakas voi tuolloin odottaa katkaisuhoidossa jatkopaikkaa esimerkiksi psykiatriseen sairaalaan, tai yksikköön joka vaatii, että seulat ovat puhtaat.

Jatkohoitopaikka valitaan asiakkaan tarpeen mukaan. Työntekijöiden mukaan vaihtoehtoja on paljon. Tällä alueella päihdehoito on järjestetty Kymen A-klinikkatoimen toimesta, ja yksiköiden tarjonta on laaja. Monesti asiakkaat siirtyvät jatkohoitoon kyseisiin yksiköihin. Muita vaihtoehtoja ovat esimerkiksi psykiatrinen sairaala, Järvenpään sosiaalisairaala, Kakso ry:n mielenterveyskuntoutusta tarjoavat asumisyksiköt sekä avohoito. Psykiatriseen sairaalahoidon ottaa kantaa myös vastaanottava taho, joka toisaalta arvioi, onko asiakas juuri senkaltaisen hoidon tarpeessa. Avohoidossa taas asiakkaalle jää kontakti A-klinikalle, jolloin hän tapaa säännöllisesti nimettyä työntekijää. Jos asiakkaan mielenterveysongelma on selkeästi ensisijainen päihdeongelmaan verrattuna, tekee lääkäri lähetteen mielenterveyskeskukseen jolle hoitovastuu tuolloin siirtyy. Asiakkaalle voidaan myös nimetä oma avohoidon työntekijä, joka järjestää jatkohoidon ja koordinoi kuntoutumisprosessia pitkällä tähtäimellä.

”Täähän ois ihan niinku entisen Kaksdeen asiakas... et jotenkii niinku.. ihan tosi harmi et se yksikkö piti lopettaa.”

”Siel (Kymen 2D) oli pitkii hoitojaksoi. Siel oli kyl ihan oikeet asiakkaat. Et sinnehän myö varmaa tällanen asiakas ois laitettu sillon joskus.. mut nyt sit joutuu miettii kaikkee ennemmän..”

”Tai tuntuu et, et onks ihan sellast eksaktii paikkaa tällasille asiakkaille olemassakaa, must tuntuu et ei. Et se on vähä hakemista ku on tämmönen asiakas.”

Työntekijöiden mukaan Jaakko olisi ollut selkeästi sopiva integroidun hoidon, entisen Kymen 2D:een asiakkaaksi. Heidän mukaan on harmi, ettei kyseistä yksikköä enää ole. Työntekijät kertoivat, että katkaisuhoidosta siirtyi useita Jaakon kaltaisia asiakkaita juuri Kymen 2D:lle. Yksikön toiminta oli kaksoisdiagnoosiasiakkaille heidän mukaansa sopivaa muun muassa siksi, että siellä oli pitkät hoitojaksot. Jaakon jatkohoito olisi pyritty järjestämään Kymen 2D:llä, mikäli yksikkö olisi vielä toiminnassa. Tällä hetkellä työntekijöiden mukaan joudutaan pohtimaan enemmän, mikä yksikkö tarjoaisi sopivinta kuntoutusta kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Heidän mukaansa vastaava, ensisijaisesti sopivaa hoitopaikkaa ei tällä hetkellä ole, vaan joudutaan asettamaan joko päihde- tai mielenterveysongelma ensisijaiseksi.

Jaakko oli siirtynyt katkaisuhuoltoon muutamaa päivää aiemmin. Hän oli keskustellut työntekijöiden kanssa tilanteestaan ja osallistunut muutamiin ryhmiin. Kaikkiin näistä hän ei ollut jaksanut mennä. Iltaisin oli vaikea nukahtaa, ja huoli tulevaisuudesta oli suuri. Tilanne oli hetkeksi helpottanut, mutta kaikki ongelmat olivat vielä olemassa. Hänellä oli vieroitusoireita ja olo oli kaikin puolin kurja. Määrätyt lääkkeet auttoivat ahdisukseen hieman.

Työntekijöiden kanssa oli puhuttu jatkohoidosta. He olivat ottaneet puheeksi viillot käsivarsissa ja Jaakko oli kertonut masennuksestaan. Työntekijöiden puolelta oli ehdotettu psykiatrista sairaalahoitoa, jotta mielenterveyden ongelmiin voitaisiin puuttua paremmin. Jaakon mielipide asiasta vaihteli päivittäin. Eihän hän mikään hullu ollut?

Parin päivän päästä Jaakko koki olonsa paremmaksi. Hän otti hatkat ja ajatteli järjestää asiansa omin päin. Lähtiessä Jaakolle annettiin vielä A-klinikan avohoidon tiedot. Jos hän vielä haluaisi Päihdeklinikan asiakkaaksi, hänen tulisi odottaa mahdollisesti useampi kuukausi. Tuona aikana hän voisi tavata päivystävää sairaanhoitajaa sekä Päihdekllinikalla että A-klinikan avohoidossa.

10.4.3 A-klinikan avohoito motivoijana

Turvalan A-klinikalla on sairaanhoitajan päivystävä vastaanotto arkisin kello 8-10 ja 14-16, jolloin yhteydenotot puhelimitse ja käynti paikanpäällä on mahdollista. Muina aikoina tarvitaan ajanvaraus. Asiakkaita on ”laidasta laitaan”, heillä on elämässään erilaisia kriisejä; työttömyyttä, asunnottomuutta, avioero, läheisen menetys, itsemurhayritys. Iältään A-klinikan asiakkaat ovat 17-70 -vuotiaita ja enemmistö on miehiä. Akuuteissa tilanteissa asiakas ohjataan terveyskeskuslääkärille. Jos asiakkaalla ei ole päihdeongelmaa tai muuta riippuvuutta, hänet ohjataan asianmukaiseen palveluun. Päätyneet asiakkaat ohjataan Katkaisuhuoltoon tai heidän kanssaan sovitaan uusi tapaaminen.

Jokaiselle A-klinikan asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai pariterapiaa sairaanhoitajan, sosiaaliterapeutin tai psykologin luona. Tarvittaessa toteutetaan lääkehoitoa ja akupunktiota. Asiakkailla on myös mahdollisuus tavata lääkäri sekä päästä psykologiseen tutkimukseen.

A-klinikalla asiakkaan avun tarvetta arvioidaan asiakkaan voinnin, yleiskunnon ja päihtymystilan mukaan. Asiakkaan kanssa yhdessä mietitään, meneekö hän A-klinikalta kotiin tai terveyskeskukseen, tarvitseeko hän ambulanssia tai siirtyäkö hän selviämisaseman kautta katkaisuhuoltoon.

Jatkohoidosta keskusteltaessa asiakkaan oma elämäntilanne ja motivaatio ratkaisee paljon. Esimerkiksi asunnoton alkoholiriippuvainen voi siirtyä katkaisuhoidon kautta A-klinikan kuntoutumiskotiin. Yleisin vaihtoehto asiakkaiden kanssa on avohoito, kun asiakkaalla on asunto eikä esimerkiksi kasvanutta itsemurhariskiä ole. Palveluohjaus ja jatkohoitoon siirtyminen toteutuvat sairaanhoitajan mukaan hyvin. Hänen mukaansa selviämisasemalle ja katkaisuhuoltoon on harvoin jonoa, useimmiten siirtyminen tapahtuu samana päivänä. Myös terveyskeskukseen asiakkaat saavat hyvin aikoja. Mielenterveyskeskuksen asiakkaaksi taas pääsee hitaammin. Asiakkuuden alkua tulee edeltää pitkä jakso raittiina.

A-klinikalta asiakkaat siirtyvät tarpeen mukaan pääsääntöisesti terveyskeskuksen ja mielenterveystoimiston asiakkaiksi tai Kakspy ry:n asumispalveluihin. Varsinaisia hoitopaikkoja kaksoisdiagnoosiasiakkaille ei A-klinikan työntekijän mielestä ole tarpeeksi. Tällä hetkellä hän kuvaa parasta mahdollista hoitoa

kaksoisdiagnoosiasiakkaalle A-klinikan ja mielenterveystoimiston yhteistyöksi, jolloin asiakkaalla on hoitokontakti molempiin yksiköihin. Tällöin mielenterveyskeskus toteuttaa psykiatrin arvion johdolla lääkehoitoa ja A-klinikalla järjestetään päihdehoito.

Jaakko soitti päivystävälle sairaanhoitajalle A-klinikan avohoitoon. Hän kertoi lähteneensä Katkolta viikkoa aiemmin, ja asiat olivat huonontuneet entisestään. Pistosjäljet käsivarressa olivat tulehtuneet. Jaakko asui nyt veljensä luona, joka oli uhannut jo kertaalleen heittää hänet ulos. Jaakko keskusteli asioista hoitajan kanssa ja häntä motivoitiin katkaisuhoidon jonka kautta hän pääsisi mahdollisesti asumispalveluun.

Jaakko lähti käymään Päihdekllinikalla. Hän oli saanut ajan kaksi kuukautta alkukartoituksen jälkeen. Asiat olivat Jaakon mielestä huonontuneet, ongelmat olivat edelleen olemassa. Veljen kanssa hän tuli jokseenkin toimeen. Hän tapasi työntekijäänsä muutaman viikon ajan, jonka jälkeen he tulivat siihen tulokseen että katkaisuhoido olisi edelleen hyödyllistä. Päihdeklinikan työntekijä sai sovittua Jaakolle paikan Katkolta.

Viikon katkaisuhoidon jälkeen olo alkoi koheta. Hän oli saanut nukutuksi lisätyn unilääkkeen avulla ja ruokakin maistui. Ahdistus oli helpottanut. Työntekijöiden kanssa puhuttiin edelleen jatkohoidon tarpeesta. Jaakolle oli selvää, että hän tarvitsisi jotain asumispalvelua. Tuntui turhalta palata veljen luokse asumaan, sillä hän ei kuitenkaan voisi viipyä siellä muutamaa viikkoa kauempaa.

Psykiatrisesta sairaalasta ei tällä kertaa puhuttu, sillä Jaakko ei ollut viiltänyt käsiään veljensä luona eikä itsetuhoisia ajatuksia nyt ollut. Hän oli valmis kokeilemaan mieluummin jotain päihdekuntoutusta, sillä päihdeongelma tuntui pahemmalta.

Hän puhui asiasta työntekijöiden kanssa. He ehdottivat Tulevaisuudentaloa. Jaakko oli kuullut paikasta kaveriltaan ennestään. Jaakkoa tultiin tapaamaan Tulevaisuudentalosta, työntekijät halusivat haastatella häntä ja puhua hänen elämästään. Keskustelun pohjalta päädyttiin siihen, että hän muuttaisi Miehikkälään, siellä oli tilaa heti. Häntä toisaalta harmitti se, että paikka oli niin kaukana. Jospa veli kuitenkin tulisi käymään. Toisaalta olisi hyvä, että pääsisi pois Kotkasta joksikin aikaa. Katkollekin oli tullut taas tuttuja.

10.4.4 Tulevaisuudentalo jatkohoitona

Tulevaisuudentalo on Miehikkälässä sijaitseva 20-paikkainen asumisyhteisö, joka on tarkoitettu aikuisille päihdeongelmallisille, jotka eivät yrityksistä huolimatta ole onnistuneet saamaan elämäntilannettaan hallintaansa.

Tulevaisuudentaloon tulee asiakkaita Katkolta tai Kuusankosken psykiatrisesta sairaalasta. Hoitoonpääsy vaati katkaisuhoidon tai muun valvotun päihdeettömän jakson siksi, että asiakkaan motivaatiota voidaan tarkastella sekä häntä haastatellaan. Myös seulojen tulee olla puhtaat asiakkaan muuttaessa. Asiakkaille haetaan asumista varten maksusitoumus, jonka myöntää aikuissosiaalityöntekijä. Työntekijän mukaan ainakin asiakkaille, joista heille on tiedotettu, on myönnetty maksusitoumus. Ne ovat yleensä yhdestä kolmeen kuukautta, jonka jälkeen asiakkaan tarpeen mukaan asumista on usein jatkettu. Tavallisesti asuminen Tulevaisuudentalossa kestää muutamasta viikosta useaan vuoteen, yleensä kuitenkin vähintään puoli vuotta. Asumisen pituus siis vaihtelee suuresti asiakkaan tarpeesta riippuen.

Tulevaisuudentalon asiakkaita ovat päihdeongelmaiset aikuiset. Työntekijän mukaan päihde- ja mielenterveysongelmat kulkevat käsi kädessä, joten asiakkailta on usein kaksoisdiagnoosi. Kysyttäessä Kymen 2D:n loppumisen vaikutuksista hän kertoo, että asiakaskunta on muuttunut. Heille ohjautuu nykyään enemmän nuorempia, huumeidenkäyttäjiä sekä mielenterveyden häiriöistä kärsiviä. Työntekijä mainitsee Kymen 2D:n ja Tulevaisuudentalon väliseksi eroksi myös sen, että Kymen 2D oli tietynlaista laitoshoidtoa, kun taas Tulevaisuudentalo on välimuotoinen ja siten vapaampi yhteisö. Tulevaisuudentalossa on vähemmän valvontaa, jota

kaksoisdiagnoosiasiakkaat kenties enemmän tarvitsevat. Aiemmin yksikössä on ollut enemmän vanhempia, pääasiassa alkoholinkäyttäjiiä joten yksikkö on profiloitunut toisin.

Tulevaisuuden talon toiminta perustuu yhteisöhoidolle ja yhteisön jäsenet ovat sitoutuneet siellä ollessaan päihteettömään elämäntapaan. Arki yhteisössä koostuu viikko-ohjelmasta, johon kuuluu muun muassa kaupassa käynnit, ulkoilua ja yhteisökokous joka kulkee nimellä ”Perjantaipulinat”. Työntekijä kuvaa asumisyhteisön arkea melko vapaaksi; yhteisistä liikuntatuokioista ei puhuta ryhminä ja muutoinkin pyritään kodinomaisuuteen. Asiakkaille arjen toimet ovat vapaaehtoisia, mutta varsin suosittuja. He tekevät itse ruokansa ja tekevät pihatöitä, yhteisössä on mahdollista myös tehdä metsätöitä palkkaa vastaan. Lääkäri käy yhteisössä kahden viikon välein, somaattiset vaivat hoidetaan terveyskeskuksessa.

Asiakkailla on monesti ongelmia arjenhallinnassa ja elämänhallinnassa yleensä. Heidän elämänsä on pitkään pyörinyt päihteidenkäytön ympärillä ja ollut mahdollisesti mielenterveyden ongelmien sävyttämää. Isolla osalla on ikäisekseen pitkä laitostausta ja arki on ollut hajanaista. Tämän vuoksi asukkaiden kanssa eletään arjessa myötä ja harjoitellaan taitoja joita itsenäisesti asuessa tarvitaan. Näitä ovat esimerkiksi siisteydestä ja ruoanlaitosta huolehtiminen. Työntekijän mukaan asukkaille on myös erittäin tärkeää se, että heidän kanssa ollaan. Yhdessäolo voi olla jotain mukavaa tekemistä, tai ihan vaan television katselua. Työntekijöitä on paikalla ympärivuorokautisesti.

Asukkaan muuttaessa Tulevaisuudentaloon työntekijät käyvät tapaamassa häntä ennen muuttoa. Asiakkaalle tehdään tulohaastattelu jossa kartoitetaan hänen nykytilanne, käyttöhistoria, omat tavoitteet asumiselle ja ongelmat arjenhallinnassa. Asiakkaalle nimetään myös omahoitaja, tarpeen mukaan kaksikin. Asukkaiden kuntoutumista ja tilannetta arvioidaan hänen kanssaan keskustelemalla ja seuraamalla esimerkiksi, kuinka asiakkaan lomat sujuvat.

Asumisen loppumisen syitä voivat olla jatkohoitoon siirtyminen johonkin toiseen asumispalveluun, tukiasuntoon tai itsenäiseen asumiseen. Väkivaltaisuus on aina uloskirjauksen peruste, samoin päihteiden tuominen asumisyksikköön. Asuminen

keskeytyy viikoksi, jos asukas on yhteisön tiloissa päihteiden vaikutuksen alaisena esimerkiksi lomalta palatessaan. Useampi viikon karenssi johtaa ennen pitkää myös uloskirjaukseen. Päihteettömyyttä seurataan satunnaisesti ottamalla seurat, sekä puhalluttamalla asiakas tämän lomalta palatessa.

Jatkohoito tapahtuu usein esimerkiksi Kymen A-klinikkatoimen tukiasunnoissa, joka tapauksessa kevyemmin tuetussa yksikössä. Asiakkaan yksilöllinen tarve määrittää paljon ensinnäkin jakson pituutta sekä myös tuen tarvetta asumisen jälkeen. Aukkaita on lähtenyt myös Kuusankosken psykiatriseen sairaalaan, tai muuttanut asumaan itsenäisesti hankittuaan asunnon. Käytännössä valmista kaavaa ei ole ja hoitopolku muotoutuu yksilölliseksi.

Työntekijän mukaan tarpeeksi asianmukaisia, ”oikeita paikkoja” ei ole. Palvelujärjestelmässä on paljon hyvää, mutta palvelujen sovittaminen asiakkaiden yksilölliseen tarpeeseen on haasteellista. Tulevaisuudentalossa on selkeästi nähtävissä asiakaskunnan muutos iäkkäämmistä alkoholinkäyttäjistä nuorempiin huumeidenkäyttäjiin, ja mielenterveyshäiriöiden osuus on kasvanut.

”Se oli hirveen suuri menetys et se Kaksde loppu..”

Työntekijän mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat kaipaavat ja tarvitsevat enemmän huomiota kuin heidän aiemmin enemmistönä ollut asiakaskuntansa.

”Et tavallaan täällä niinku meilläkin, ei ehkä ihan hirveen oikees paikas oo niinku semmoset kaksoisdiagnoosiasiakkaat --- et ku se oli laitos ja tää ei.. et meil on henkilökuntamäärä siis sillee, et ku illas on yksin ni ei millää riitä huomioo kaikille, mitä hyö tarvis”

Heidän asiansa ovat useimmiten kriisiytyneempiä, eikä heillä ole taitoja hallita arkea. Nuorena alkanut vahva päihteidenkäyttö sekä pitkät laitosjaksot näkyvät asukkaiden taidoissa.

Jaakko tavaroineen muutti Tulevaisuudentaloon alkusyksystä, hänet haettiin. Hänellä oli mukanaan kaksi kassillista tavaraa, siinä kaikki

mitä hän omisti. Hän sai huoneen kolmen hengen soluasunnosta. Hän ei tuntenut solun kahta muuta asukasta, pihalla häntä olivat tervehtineet tutut kasvot, sekä häntä haastatellut työntekijä, että tuttu kotkalainen.

Jaakko tiesi talon tavoista ja rutiineista jonkin verran, hänelle oli kerrottu niistä jo Katkolla haastattelussa. Omahaoitajan kanssa hän täytti asumispalvelusopimuksen, vuokrasopimuksen ja tulohaastattelun.

Hänelle kerrottiin vielä talon säännöistä ja kierrätettiin hieman talossa. Jaakko lyöttäytyi tuttunsa seuraan pihalla. Hän oli tyytyväinen siihen, että tunsikin edes jonkun ennestään. Mitenköhän sitä osaisi nukkua uudessa paikassa..

Jaakko lähti seuraavana päivänä kauppaan ja lauantaina kuntosalille. Seuraavalla viikolla Jaakko tapasi lääkärin.

10.5 Tutkimuksen tulokset

Haastatteluissa tulee selvästi ilmi palvelujärjestelmän hajanaisuus päihde- ja mielenterveyspalvelujen ollessa eriytettyjä. Ennakko-oletuksenani oli, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden on vaikea päästä palveluiden piiriin Kotkan seudulla. Oletukseni kuitenkin kumoutui osittain tutkimusta tehdessä. Kävi ilmi, että palvelua on saatavilla, kyse on enemmänkin siitä, onko se asianmukaista. Niin haastattelemani asiakkaat kuin työntekijät olivat törmänneet ilmiöön.

Asiakkaiden kohdalla palvelujärjestelmän keinottomuus, porrasteisuus sekä jakautuneisuus näkyi palvelun vaihtumisena. Heillä oli useampia hoitokontakteja, käytännössä he asioivat useammalla taholla yhtä aikaa. Myös asumispalveluissa ollut asiakas kertoi paikan vaihtuvan sitä mukaa, kun huomattiin hänen olevan ajatellun asiakasaineksen ulkopuolelta. Palveluun myös hakeuduttiin eri paikoista, ja ongelmien pahetessa ei välttämättä palattu edelliseen palveluun.

Työntekijöiden näkökulmasta palvelujärjestelmän hajanaisuus ja jopa vanhakantaisuus näkyy tiedonkulun vaikeutumisena ja törmäämisinä salassapitovelvollisuuteen. Asiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnitelmallisuus mutkistuu, kun tietoa ei voida

vaihtaa ja osallistaa näin koko asiakkaan verkostoa. Hoitovastuun määrittäminen on iso ongelma, sillä päihdeasiakas ei välttämättä pääse psykiatriseen hoitoon. Sama kuin sanottaisi, että koska sinulla on ylipainoa, emme hoida diabetestasi.

Vaikka päihde- ja mielenterveyden ongelmat kulkevat tutkimusten ja kokemusten luoman tiedon mukaan käsi kädessä, on palvelut järjestetty eri osoitteissa ja puutteellisin palveluin. Kun puhutaan kaksoisdiagnoosista, pitäisi päihde- ja mielenterveydenhäiriön suhteen määrittäminen olla mielenkiintoista, ei itse tarkoitus. Tällä erää palvelupolkua määriteltäessä on kuitenkin ensisijaista tietää, kumpi häiriö on pahempi. Hoidon ja kuntoutuksen tulosten kannalta, joita ovat eli päihteenkäytön väheneminen ja elämänhallinnan lisääntyminen, pitäisi ennemminkin kysyä, mitä palvelua asiakas tarvitsee ja miten se hänelle tarjotaan?

11 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS

”Yleisin kysymys, joka tutkimuksen aineistonkeruun yhteydessä esitetään, koskee aineiston kokoa: kuinka paljon aineistoa täytyy kerätä, jotta tutkimus on tieteellistä, edustavaa ja yleistettävissä”, toteavat Tuomi ja Sarajärvi (2002: 87). He jatkavat todeten, että usein juuri laadullisessa tutkimuksessa määrä vaihtelee ja on vaikeampaa määrittää, kuinka laaja aineiston tulisi olla. Useimmiten resurssit, kuten aika ja raha ratkaisevat varsinkin opinnäytetöissä. Omassa opinnäytetyössäni ne ovat isossa roolissa; paljon kotkalaisia kaksoisdiagnoosiasiakkaita on sijoitettu muihin kuntiin Kymen 2D:n lopettamisen jälkeen eikä minulla ole ollut aikaa ja rahaa matkustaa heitä haastattelemaan. Toisaalta kiireinen aikataulu on karsinut myös paikallisia haastatteluja. Yksi vaikuttava osatekijä on se, että osa ajatelluista haastateltavista ei ollut haastattelukunnossa tai suostuvainen kun haastattelut tulivat ajankohtaisiksi. Nämä tekijät ovat rajanneet opinnäytetyöni haastateltavien asiakkaiden määrän suppeaksi, kahteen asiakkaaseen.

Hanna Vilkkä (2005: 126) toteaa, ettei laadullisessa tutkimuksessa koolla ole väliä, eikä siinä myöskään tehdä ”otoksia”. On todettava, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja arvokkuutta ei säätele aineiston määrä, vaan nimenomaan nimeenkin viittaava laatu. Koen, että työni on laadullisesti paljon arvokkaampi kuin määrällisesti. Olen antanut kahdelle kotkalaiselle kaksoisdiagnoosiasiakkaalle mahdollisuuden

saada ääntään anonyymisti kuuluviin ja tilaisuuden kertoa oman tarinansa päihde- ja mielenterveysongelmista ja kokemuksistaan palvelujärjestelmässä. Tutkimukseni tulokset kuitenkin voivat olla apuvälineenä ilmiön ymmärtämisessä ja palvelujärjestelmän kehittämisessä, sekä pohjana lisätutkimuksia ja selvityksiä varten. Täten varsinaisesta saturaatiosta ei voida tässä tutkimuksessa puhua. (Vilkkä 2005: 126.)

Tarkoitukseni ei ole ollut löytää yhtenäistä kaavaa kotkalaisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelupoluissa joten saturaation kannalta otos ei ole merkityksellinen enkä pidä suurena puutteena sitä, että haastatteluja on niukalti. Opinnäytetyön ideana ja hypoteesina on ollut enemmänkin se, miten asiakkaat ovat henkilökohtaisesti kokeneet historiansa palvelujärjestelmässä. Ajatus opinnäytetyöhön on lähtenyt jo valmiiksi siitä olettamuksesta nojaten aiempiin tutkimuksiin, ettei palvelujärjestelmä nykyisellään toimi. Työntekijät ovat kokeneet (Hiltunen 2008) että palvelujärjestelmä on hajanainen ja se aiheuttaa hankaluuksia hoitaa ja kuntouttaa sekä päihde –että mielenterveysongelmaista asiakasta. Samat asiat ilmenevät sekä asiakkailta saaduissa tiedoissa, kuin työntekijöiden parissa.

Niin ikään työntekijähaastatteluissa ongelmalliseksi on muodostunut resurssien puute, eli aikaa sekä rahaa on yleisesti opinnäytetyöhön käytettävissä liian vähän niin minun puoleltani, kuin mitä ilmeisemmin myös työelämässä. Valitettavasti osa palvelupolun työelämätahoista kieltäytyi haastatteluista. Näin ollen Jaakon palvelupolku on virheellinen siihen nähden, mitä se olisi ollut polun toteutuessa alkuperäisten haastattelujen pohjalta.

Luotettavuutta vääristää paitsi osan palveluntarjoajien kieltäytyminen haastattelusta, myös se, että kiinnostuneimmat tahot olivat Kymen A-klinikkatoimen alaisia tahoja; Päihdekliniikka, A-klinikan avohoito, Katkaisuhuoltoasema sekä Tulevaisuudentalo. On syytä olettaa, että yksiköt olivat enemmän kiinnostuneempia Triangeli-hankkeeseen sijoittuvasta opinnäytetyöstä sen vuoksi, että hanke on osa Kymen A-klinikkatoimen kehittämistä. On ymmärrettävää, mutta harmillista, ettei samankaltaista kiinnostusta ilmennyt sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon parissa. Kotkansaaren terveyskeskuksen osastonhoitaja oli kylläkin aiheesta kiinnostunut sekä myönteellinen asian tutkimista kohtaan, valitettavasti hänen innostuksensa ei

tuottanut tutkimukselle tarvittavia tietoja. Nämä seikat kuitenkin ovat minusta riippumattomia ja mahdottomia ennustaa, mutta kuuluvat tietyllä tavoin tutkimuksen luonteeseen; valitettavasti kaikkia tarvittavia tahoja ei voi osallistaa ilman näiden suostumusta ja kiinnostusta.

Opinnäytetyön materiaalit eli sekä asiakashaastattelut että työntekijähaastattelut ovat toteutettu käyttäen hyvää tutkimusetiikkaa. Haastatteluihin on hankittu tutkimusluvut ja haastattelut on tehty asianomaisten tahojen suostumuksella. Molemmat asiakkaat olivat suostuvaisia haastatteluun. Saatu aineisto on joko tallennettu sanelimella ja litteroitu, tai saatu suoraan tekstiversiona. Äänitallenteet ja litteroinnit on hävitetty käsittelyn jälkeen ja sensuroitu niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä asiakasta. Tekstiversiona saadut vastaukset on niin ikään hävitetty käsittelyn jälkeen. Opinnäytetyössä haastateltaviin viitataan joko asiakkaina tai haastateltavina, työntekijöihin eri yksiköissä ei myöskään viitata haastattelujen osalta nimellä. Materiaalit on käsitelty niin, ettei niihin ole ollut pääsyä muilla kuin itselläni.

12 POHDINTA

Kaksoisdiagnoosi aiheena on ajankohtainen, voidaan puhua jopa tietynlaisesta trendikäsitteestä. Aiheesta on tehty useita tutkimuksia ja kaksoisdiagnoosin problematiikkaa on pyritty lievittämään erilaisilla hankkeilla ja projekteilla. Varsinkin palvelupolut ovat nousseet kehityshaasteeksi, kuinka voitaisiin jatkossa vastata paremmin sekä päihde- että mielenterveydenhäiriöistä kärsivien ihmisten palvelutarpeeseen? Sosiaali- tai terveysalan ammattilaiselle tuskin on uutinen, että päihderiippuvaisella on jonkinasteista psyykkistä oireilua tai vastaavasti masentunut ja ahdistunut ihminen lievittää pahaa oloaan päihteillä. Työntekijöille tehdyissä haastatteluissa tämä kävi selvästi ilmi; kaikissa yksiköissä ongelmien rinnakkaisuus oli arkipäivää.

Tutkimuksen tulokset ovat mielestäni tietyllä tapaa yksiselitteiset; nykyisellään Kotkan seudun päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmä ei ole kattava ja toimiva. Sekä asiakashaastatteluissa, että työntekijähaastatteluissa tuli ilmi muutostarve. Niin asiakas- kuin työntekijähaastatteluissa kävi ilmi hoitovastuun määrittämiseen liittyvät kysymykset. Asiakkaiden kannalta ongelma konkretisoituu palvelutarjonnan

hajanaisuudessa ja sijoittumisessa useampaan toimipisteeseen. Toinen haastatelluista asiakkaista oli saanut apua päihde- ja mielenterveydenhäiriöihin perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, päihdehuollosta ja mielenterveyssektorilta. Toinen haastatelluista taas kertoi konkreettisen esimerkin yhteistyöpalaverista A-klinikkatoimen ja Mielenterveyskeskuksen välillä; ilman hänen suostumustaan kyseistä palaveria ei olisi voitu järjestää ja tieto ei olisi siirtynyt eri toimijoiden välillä. Työntekijät ilmaisivat ongelman myös siinä, että monesti jo A-klinikan asiakkuus heikentää mahdollisuuksia päästä Mielenterveyskeskuksen asiakkaaksi; asiakkaalla kun on jo yksi hoitava kontakti. Tämä ei tosin poista sitä tosiasiaa, että moniammatillisuutta ja näkemystä tarvitaan yli organisaatorajojen.

Mielestäni näistä syistä tulisikin käydä vilkasta keskustelua hyvässä hengessä siitä, miten palveluja voitaisiin parantaa. Keskusteluun tulisi voida osallistaa useita toimijatahoja aina perusterveydenhuollosta mielenterveys- ja päihdetyön erikoisosaajiin, jotta voitaisiin määrittää toimivimmat hoitopolut, kuntoutusmenetelmät- sekä käytännöt. Yhteistyötä yli organisaatorajojen tulisi voida helpottaa, samoin hoitovastuun määrittämistä. Uskon, että kaiken kehittämisen ja palvelurakenteen muuttamisen taustalla on vielä käymätön arvokeskustelu. Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden puolia tulee pitää ja pukea asiat sanoiksi niin, että lähdemme liikkeelle ongelmaperustaisesta keskustelusta päätyen ratkaisukeskeisiin foorumeihin. Tutkimukseni, kuten muiden tutkimusten hypoteeseina ovat olleet toimimattomat palveluketjut, ja tulokset ovat vahvistaneet tätä ajatusta. Palveluita sinänsä on saatavissa, ne eivät vain vastaa asiakkaiden tarpeita tällaisenaan.

Opinnäytetyöni alussa selkeä ajatukseni oli se, ettei sopivia paikkoja kaksoisdiagnoosiasiakkaille ole, ja ettei hoitoon pääse millään. Parhaani mukaan olen kuitenkin pyrkinyt sivuuttamaan tämän ajatuksen opinnäytetyötä ohjaavana ajatuksena, ja tutkimuksen edetessä se on myös väistynyt. Positiivista olikin se, että haastateltavani kertoivat kyllä päässeensä palveluun. Ohjaavana tahona oli useimmiten perusterveydenhuolto. Toinen haastateltavistani kertoi hakeutuneensa perusterveydenhuoltoon masentuneisuuden vuoksi, mutta oli itse pyytänyt lähetettä mielenterveyskeskukseen. Samoin hän oli itsenäisesti hakeutunut A-klinikan asiakkaaksi. Ajatellen ihmistä, jolla on sekä päihdehäiriö että mielenterveydenhäiriö, on vahingollista että asiakkaan kontolle on jäänyt asianmukaiseen palveluun

hakeutuminen ja toisaalta on hienoa, että hän on jaksanut nähdä kaiken tuon vaivan itse. Usein apua kuitenkin haetaan vasta kun omat voimavarat alkavat olla loppu ja kaikki elämän osa-alueet ovat jollain lailla solmussa. Tällöin voi olla vaikeaa tavoittaa edes yhtä tahoa, joka voisi auttaa selvittämään elämän ongelmia, saati sitten, että pitää asioida usealla luukulla jotka jo fyysisestikin ovat eri paikoissa.

Kaksosdiagnoosin yksi isoimpia haasteita onkin mielestäni asiakkaan sitouttaminen palveluun, saati sitten useampaan. Tässä päästäänkin kysymykseen, tulisiko palvelut integroida asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, vai jakauttaa palvelujärjestelmää niin, että jokaiselle asiakkaalle olisi valmis siluetti. Kyse on lopulta samasta asiasta, eli yksilöllisestä palvelusta, mutta millä keinoin? Mielestäni on kuitenkin tutkimukseni tulosten valossa selvää, että palvelujärjestelmä nykyisellään ei vastaa parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaiden tarpeisiin.

Itse olen edellä esitellyn integroidun hoito- ja kuntoutusmallin kannattaja. Vaikkakin hoitoa ja apua on saatavilla, on palvelujärjestelmämme mielestäni hajanainen ja porrastettu. Ja vaikka perusterveydenhuolto ohjaa asiakkaita eteenpäin ja palveluihin hakeudutaan omasta, ystävien tai perheen aloitteesta, uskon että palvelut eivät itsessään toimi niin sujuvasti kuin ne saattaisivat toisin järjestettyinä.

En kannata itse suurta laitosta, jossa yhdestä ovesta sisään mennessä voi asioida monilla eri luukuilla ja hoitaa asiansa samojen seinien sisällä, vaan enemmänkin alkuvaiheen palveluintegraatiota esimerkiksi palveluohjaajan toimesta. Koen, että tämä voisi myös helpottaa aikuissosiaalityön taakkaa. Ajatukseni on se, että seudullisen yhteistyö- ja toimintamallin avulla voitaisiin selkiyttää palvelujärjestelmää sekä asiakkaille, että työntekijöille ja eri organisaatioissa. Uskon että selkeä suunnitelma ja pohja siitä, kuinka asiakasta haastatellaan ja minne hänet ohjataan elämän haasteiden ja ongelmien perusteella auttaisi työntekijöitä jäsentämään huoltaan ja työtaakkaansa, sekä takaisi kuntalaisille laadukkaammat sekä tasavertaisemmat palvelut. Se auttaisi asiakkaita myös hakeutumaan palveluun helpommin sillä he tietäisivät mistä sitä saa ja mitä on tarjolla.

Tutkimukseni tulosten valossa koen, että palveluintegraatio on välttämätön palveluiden kehittämisen näkökulmasta. Toistaiseksi en ole löytänyt vastaavaa tai parempaa ehdotusta vallitsevaan tilanteeseen. Yksilöidyn palveluohjauksen avulla uskon, että vallitsevaa palvelurakennettakin voitaisiin paremmin hyödyntää kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla. Osaltaan palvelut voitaisiin siis integroida toimivan palveluohjauksen sekä vankan palvelutuntemuksen ja asiakasryhmän haasteiden tietämyksen avulla, osin myös kohdentamalla jokin tietty yksikkö nimenomaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palvelutarpeen tyydyttämiseen. Asiakasryhmä vaatii työntekijähaastatteluissa tulneiden tietojen mukaan kuitenkin yksikön, jossa pystytään kontrolloimaan arkea ja luomaan turvalliset puitteet sekä päihde- että mielenterveydenhäiriön helpottamiseen.

Uskon että ehdottamani ratkaisu olisi myös kustannustehokkaampi, sillä se saattaisi helpottaa perusterveydenhuollon taakkaa päihde- ja mielenterveysasiakkaiden käyntien mahdollisesti vähetessä. Toinen haastateltavistani kertoikin asioineensa usein somaattisen vaivan vuoksi perusterveydenhuollossa tai somaattisessa sairaalassa, saaden tuolloin myös apua päihdeongelmaan. Näin myös asiakkaalta jäisi yksi taho pois, mikäli ongelma koskee nimenomaan riippuvuutta tai mielen ongelmia. Palveluiden hajanaisuus vaikuttaa palveluihin sitoutumiseen. Jopa kulkeminen terveyskeskuksen, mielenterveystoimiston ja Turvalan A-klinikan välillä on hankalaa niiden sijaitessa eri puolilla Kotkaa. On otettava huomioon myös se, että kaksoisdiagnoosiasiakkaista osa on lääkkeiden väärinkäyttäjiä, jolloin asiointit usealla taholla hankaloittavat lääkehoidon suunnittelua ja seurantaakin sekä lisäävät väärinkäyttöä.

Ajatusmaailmaani ohjaa varmastikin harjoittelu, jonka suoritin vuonna 2008 silloiselle Kymen A-klinikkatoimen Kymen 2D:lle. Yksikkö oli erikoistunut aikuisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Olin hyvin yllättynyt kuullessani, että yksikkö lopetettiin varsinkin kaksoisdiagnoosin noustessa puheenaiheeksi ja kehityshaasteeksi palvelujärjestelmälle. Mielestäni vastaavia erikoistuneita ja osaamista omaavia yksiköitä tarvitaan, vaikkakaan en kannata kaikkien palvelujen integroimista yhteen. Siinä vaiheessa, kun asiakkaan elämäntilanne ja ongelmat ovat kasautuneet niin, että hän on palveluasumisen tarpeessa, uskon että sekä päihde- että mielenterveydenhäiriön hoito ja kuntoutus

samassa yksikössä on asiakkaalle helpointa. Tämä vähentää asiakkaaseen kohdistuvia paineita sitoutua useaan tahoon, sekä helpottaa työntekijöiden mahdollisuuksia ohjata kuntoutusprosessia sekä määrittää tavoitteita. Näin myös erikoisosaaminen ja tietämys asiakkaiden ongelmista on kasautunut työntekijöille ja kuntoutus on laadukkaampaa.

Asiakashaastatteluissa toisesta tuli hyvin ilmi se, kuinka kaksoisdiagnoosi vaikeuttaa sopivan asumispalvelun löytymistä. Palvelut on profiloitu tietyllä tavalla. Toiset niistä on suunnattu perussairauden mukaan, monet vielä tarkemmin esimerkiksi sairauden, iän ja toimintakyvyn mukaan. Haastateltavista toinen oli asunut erilaisissa asumispalveluissa, sekä päihde- että mielenterveyspuolella. Hän oli useasti kokenut sen, ettei ollut ”oikeassa paikassa”. Tämä oli hänelle jopa sanottu suoraan, mikä on mielestäni merkittävää. Toisaalta asiakkaan kanssa voi mielestäni keskustella hänen tarpeistaan ja yksikön mahdollisuuksista vastata näihin tarpeisiin, toisen kautta on mielestäni karua todeta ihmisen sitouduttua johonkin asumispalveluun, ettei häntä motivoida jatkamaan asumista vaan todetaan sen olevan tietynlainen väliaikaisratkaisu.

Työtä tehdessä olen oppinut paljon palvelujärjestelmästä sekä kyseisen asiakasryhmän haasteista sekä teorian tiedon, että haastatteluiden kautta. On ollut mielenkiintoista huomata, miten jotkut ennako-oletukset kumoutuvat ja toiset taas vahvistuvat. Myös oma kriittisyys ja kehittämishalu ovat vahvistuneet, ja verrattuna opiskelujen alkuaikoihin on oma havainnointikyky sekä ongelmanratkaisutaidot selvästi parantuneet. Opinnäytetyön myötä on voinut kyseenalaistaa ja tehdä havaintoja, joiden takana voi seistä.

Mielestäni työn lukija voi saada kuvan vallitsevasta tilanteesta kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluista Kotkan seudulla. Tällä hetkellä tilanne näyttää tältä, muutaman vuoden kuluttua toivottavasti erilaiselta. Lukijan kannalta työhön tutustuminen avaa ajatusta palveluiden hajanaisuudesta päihde- ja mielenterveyssektoreilla, sekä työ tarjoaa myös kahta erilaista ratkaisua palveluiden integraation merkeissä. Lukijan kannalta hedelmällistä on sekä kaksoisdiagnoosiasiakkaille, että työntekijöille tehty haastattelut, jotka on kaikki

tehty vuoden 2009 aikana. Näin ollen palvelujärjestelmä ei ole työn tekemisen aikana muuttunut Kotkan seudulla. Asiakashaastattelut ovat luoneet autenttista pohjaa Jaakon taustatietoja ja haasteita varten, sekä yksinäänkin tarjoavat aitoa ja arvokasta tietoa heidän kokemuksistaan saamistaan palveluista. Asiakkaille työ on tarjonnut mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan toivon mukaan aidosti ja rehellisesti. Lukija saa siinä mielessä harvinaisen kuvan kahden asiakkaan ajatuksista, jotka ovat melko homogeeniset. Työntekijöille tehtyjen haastattelujen pohjalta lukija voi tehdä omat johtopäätöksensä vallitsevasta palvelujärjestelmästä. Hän voi pohtia, minkälaiset tutkimuksen tulokset olisivat olleet muiden tahojen osallistuessa palvelupolkuun, tai miten palvelupolkukuvaus olisi muuttunut eri työntekijöiden vastausten perusteella. Jos ajatuksena on se, että vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, tulee kysymyksen, voisiko oikean asiakkaankin palvelupolku olla toisenlainen jo eri työntekijöiden kohtaamisissa?

Työelämän hankkeistava taho Kymen A-klinikkatoimi saa kuvan tämänhetkisestä kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelujärjestelmästä käytännössä. He saavat myös kiitosta työhön osallistumisesta; joko he eivät kehdanneet kieltäytyä Triangeli-hankkeen ollessa osa Kymen A-klinikkatoimen kehittämistoimintaa tai sitten heillä on yksinkertaisen vahva näkemys ja kokemus vastaavanlaisista asiakkaista, ja näin ollen matalampi kynnyks vastata vaikeankin aihealueen kysymyksiin.

Kymen A-klinikkatoimen kannalta voi olla myös hedelmällistä saada tutkimukseni muodossa dokumentti siitä, että he todella olivat ainoa tutkimukseen osaa ottanut taho. Lukijan pääteltäväksi jää, mistä ilmiö kertoo. Röyhkeän spekuloinnin varjolla voisi ajatella tämän olevan ”hiljainen protesti”. Varmastikin on yhtä monta tulkintaa kuin on lukijaa. Joka tapauksessa tulkintaa on tehtävä.

Triangeli-hankkeen seurausten kannalta opinnäytetyöni tulokset vahvistavat sen, mikä on ollut yksi hankkeen alkuperäisistä ajatuksista; seudullisen avopalvelumallin kehittäminen kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Tutkimukseni tulokset vahvistavat sen, että työtä on jatkettava ja palveluja on kehitettävä ja kenties jossain määrin muutettava. Osaltaan tutkimukseni toivottavasti lisää hankkeen painoarvoa sen tarpeellisuuden suhteen.

Jatkotutkimuksia aiheesta voisi, ja tulee tehdä paljonkin. Tällä erää tutkimukseni ”päähenkilö”, Jaakko jäi asumaan Tulevaisuudentaloon ja hänen palvelupolkunsa päättyi. Voisi olla mielenkiintoista lukea, miten Jaakolle käy, ja miten hänen palvelupolkunsa kenties jatkuu asumisjakson jälkeen. Toisaalta tutkimuksen voisi uusia ilman fiktiivistä asiakasta, vaan yksinkertaisesti kuljettamalla ”kaksoisdiagnoosiasiakasta” palvelupoluissa. Resurssien puitteissa voisi kokeilla kaikki tarjotut palvelupolkumahdollisuudet läpi ja katsoa, yhdistyvätkö ne esimerkiksi missään vaiheessa, ja jos eivät niin kuinka erilaisiksi ne muodostuvat. Oma tutkimukseni on asiakkaan kokemuksiin perustuvaa, pohtien samalla työntekijöiden näkemyksiä palvelun toimivuudesta nimenomaisen asiakkaan kohdalla. Yksi tutkimuksen aihe voisi olla selvittää palvelupolkurakennetta kokonaan työntekijöiden käytännön näkökulmasta, tai esimerkiksi, kuinka palveluohjaus konkreettisesti toimii ja toteutuu kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohdalla. Pidemmälle viety tutkimus voisi selvittää palvelurakennetta yksikkökohtaisesti ja pyrkiä kehittämään kokonaan uutta näkemystä toteuttaa päihde –ja mielenterveyspalveluita Kotkan seudulla. Tällaista varten esimerkiksi laaja asiakaskysely voisi tuottaa hedelmällisiä tuloksia; minkälaista palvelua, missä ja kenen toimesta asiakkaat uskovat tarvitsevänsä? Vaikuttaa siltä, että innostuksen riittäessä aihetta voisi tutkia lähes miltä kantilta tahansa, sillä kaksoisdiagnoosin käsite itsessään on jo niin laaja ja tarjoaa mahdollisuuksia asian tarkasteluun monelta kantilta.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>. [Viitattu 22.8.2009].

A-klinikkasäätiön verkkosivut. Saatavissa: www.a-klinikka.fi. [Viitattu 14.4.2009].

Alkoholiohjelma 2008 - 2011. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/is1208414751740/passthru.pdf>. [Viitattu 13.8.2009].

Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, A. 2005. Riippuvuus: valheiden verkko. Tallinna: Rasalas-Kustannus.

Henkilötietolaki 523/1999. Annettu 22.4.1999. Astunut voimaan 1.6.1999.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmberg, J. 2009. Tämä potilas kuuluu meille - Näkemyksiä luontevasta mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidosta. Luento 15.10.2009. Triangeli-hankkeen järjestämä koulutustilaisuus ”Kuuluuko tämä potilas meille?”

Holopainen, A. 2005. Huumeriippuvuus. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/336-huumeriippuvuus>. [Viitattu 15.6.2009].

Holopainen, A. 2006. Alkoholien ja lääkkeiden sekakäyttö. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/234-alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>. [Viitattu 10.8.2009].

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin julkaisusarja 20:2007.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Karhunen, S-L. 2007. Päihdepalvelut. Kuntatiedon verkkosivut. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;123881. [Viitattu 15.7.2009].

Kaukonen, O. 2001. Sosiaali –ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Toimittanut Piisi, R. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Koskisu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kotkan kaupungin verkkosivut. 2009. Saatavissa: http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=1237&menupath=680,1237#1237. [Viitattu 16.8.2009].

Kymen A-klinikkatoimen verkkosivut. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi>. [Viitattu 14.4.2009].

Alkoholiongelman hoito. 2005. Käypä hoito -suositus. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: www.kaypahoito.fi. [Viitattu 22.8.2009].

Huumeongelman hoito. 2006. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50041>. [Viitattu 10.8.2009].

Lahti, P. 1995. Mielenterveyden menu. Porvoo: WSOY.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992.
Annettu 3.8.1992. Astunut voimaan 1.1.1993.

Latvala, E., Visuri, T., ja Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Lehto, M., Lindström, K., Lönnqvist, J., Parvikko, O., Riihinen, O., Suksi, I. & Uusitalo, H. 2005. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä. Ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Helsinki. Sosiaali –ja terveysministeriön selvityksiä 2005:1.

Lotvonen, E. 2008. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Saatavissa:
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/636-kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito>. [Viitattu 28.8.2009].

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Suomalaisten terveys. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028. [Viitattu 15.8.2009].

Lönnqvist, J. 2006. Toimiva mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyö. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/toimiva_mielenterveys-_ja_paihdepalveluiden_yhteistyo.pdf#search=%22mielenterveysongelma%20m%C3%A4%C3%A4ritelm%C3%A4%22. [Viitattu 21.8.2009].

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde –ja mielenterveystyössä. Diakonia – ammattikorkeakoulun julkaisuja. D Työpapereita 22. Helsinki: Multiprint Oy.

Mielenterveyden keskusliitto 2009. Kuntoutuminen. Saatavissa:
<http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/>. [Viitattu 15.6.2009].

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu 14.12.1990. Astunut voimaan 1.1.1991.

Mikkonen, A. 2006. Kaksoisdiagnoosi päihdetyön haasteena. Saatavissa: http://www.halko.fi/koulutukset/2006/paivan_paihdetilanne/kaypa_hoito.pdf. [Viitattu 16.8.2009].

Mäkelä, R. 2005. Huumeriippuvuuden hoito. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/362-huumeriippuvuuden-hoito>. [Viitattu 10.8.2009].

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nuorvala, Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. 2007. Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskas 2007. Stakesin julkaisuja. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;66354;66357;124327. [Viitattu 21.8.2009].

Paloheimo, M. 1997. Suomalaisen lapsuuden haavat. Miten sinua kohdeltiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pihlaja, K. 2005. Kaksoisdiagnoosi: Uusi näkökulma hoitotyöhön. Saatavissa: http://www.kaksoisdiagnoosi.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=44. [Viitattu 21.8.2009].

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Päihdehuoltolaki 41/1986. Annettu 17.1.1986. Astunut voimaan 1.1.1987.

Paihdelinkki. 2006. Pikatieto: alkoholi. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>. [Viitattu 15.6.2009].

Reiman –Möttönen, P. 2009. Tiivistelmä: Mielenterveystyön yhdistäminen perusterveydenhuoltoon. Saatavissa: Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, Wilt TJ. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care No. 173. AHRQ Publication No. 09-E003. Rockville, MD. Agency for

Healthcare Research and Quality. October 2008.

<http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=2223>. [Viitattu 23.8.2009].

Ruusu, M. 2008. Kymen 2D – Kaksoisdiagnoosiasiakkaita ja integroitua hoitoa.

Luento 15.5.2008. Sininauhaliiton järjestämä seminaari: Päihteitä ja psyykeongelmia.

SAMSHA. 2005. Substance abuse and mental health services administration.

Saatavissa:

http://www.halko.fi/koulutukset/2006/paivan_paihdetilanne/kaypa_hoito.pdf. [Viitattu 21.8.2009].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaalihuolto Suomessa. Oppaita 2006:11.

Saatavissa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/10/aa1161155266162/passthru.pdf>. [Viitattu 10.8.2009].

Suhonen, H. 2008. Takalaittoman puolella eli pelissä, mutta ei pelattavissa. Raportti Salon A-klinikan asumispalveluista ja niiden asiakkaista. Monistesarja nro 61. A-klinikkasäätiö 2008. Saatavissa: www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkajulkaisut. [Viitattu 30.9.2009].

Suojasalmi, J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys – ja päihdepalveluissa - esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen

kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta.

STM:n julkaisuja. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf. [Viitattu 23.8.2009].

Suominen, S. (toim.) 2002. Henkilökohtainen palveluohjaus: Case management mielenterveystyössä. Kokemäki: Satakunnan painotuote Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007a. Päihderiippuvuus. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus. [Viitattu 15.6.2009].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2007b. Huumeiden käyttö ja haitat vakiintuneet 2000-luvulla. Saatavissa:
http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2007/75_2007.htm. [Viitattu 17.7.2009].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Huumeriippuvuus. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet. [Viitattu 15.6.2009].

Terveys 2000 –tutkimus. Mini-Suomi –seurantatutkimus. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/index.html>. [Viitattu 15.8.2009].

Vuori-Klemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys – ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys –ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Toim. Holmberg, J. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee päihde –ja mielenterveystyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Österberg, E. 2006. Alkoholinkäyttö Suomessa. Saatavissa:
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>. [Viitattu 15.6.2009].

Österberg, E. 2009. Sosiaaliset alkoholihaitat. Saatavissa:
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/121-sosiaaliset-alkoholihaitat>. [Viitattu 13.8.2009].

Liite 1. Asiakashaastatteluiden teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Ikä, sukupuoli

Kerro lapsuuden perheestäsi.

Minkälaisessa perheessä kasvoit? Oliko siellä päihteenkäyttöä tai mielenterveysongelmia?

Minkälainen päihdeongelma itselläsi on?

Mitä päihkeitä olet käyttänyt? Miten vaikeuttaa arjessa toimimista, selviytymistä? Minkälaisia ongelmia siitä on seurannut?

Minkälaista psyykkistä oireilua sinulla on?

Miten vaikeuttaa arjessa toimimista, selviytymistä? Minkälaisia ongelmia siitä on seurannut? Onko sinulla diagnoosi?

Kaksoisdiagnoosi

Onko päihdeongelma seurausta psyykkisestä oireilusta ("itselääkintää")? Vai onko päihdeongelma mielestäsi psyykkisen oireilun taustalla/syy?

Minkälaisia haasteita, ongelmia sinulla on?

Missä tarvitset apua, ohjausta? Esimerkiksi: työ, koulutus, kodittomuus, arki, sosiaaliset suhteet, elämänhallinta, päihteet, perhe.

Kerro omasta palvelupolustasi (alkaen ensimmäisestä, päättyen viimeisimpään). Kerro kaikista paikoista joissa olet ollut apua saamassa. Minkälaisissa paikoissa olet ollut? Kuinka pitkiä jaksoja? Minkälaisen palvelun tai avun olet kokenut hyödylliseksi?

Palveluun ohjautuminen

Miten olet hakeutunut / päässyt / joutunut jonkin palvelun päihde –tai mielenterveyspalvelun piiriin? Ketkä ovat ohjanneet palveluihin (suku, perhe, ystävät, työntekijät)? Onko palveluun ollut helppoa päästä? Jos et ole johonkin päässyt, niin miksi? Mikä on ollut hyvää ja toimivaa palveluohjauksessa, mikä huonoa? Mitä muuttaisit palvelujärjestelmässä jos voisit/haluaisit?

Minkälainen on mielestäsi ”tyypillinen kaksoisdiagnoosiasiakas”?

Mitä yhteistä sinulla on muiden asiakkaiden kanssa? Miten koet itsesi suhteessa perheeseen, sukulaisiin, ikätovereihin, muihin asiakkaisiin?

Liite 2. Työntekijähaastatteluiden teemahaastattelurunko

Asiakkuuden alku

Mistä teille ohjataan asiakkaita? Mistä asiakkaat tulevat, miten he tietävät teidän palvelusta?

Minkälaisia asiakkaita teillä on?

Ketkä eivät voi tulla? Minkälaisia elämäntilanteita, kriisejä, ihmisiä?

Minkälaista palvelua te tarjoatte? Mistä hoito ja kuntoutus koostuu?

Miten asiakkaan avun tarvetta arvioidaan?

Selviäminen, pärjääminen itsenäisesti tai avohuollon tukitoimin? Mitä otetaan huomioon?

Miten jatkotarvetta arvioidaan?

Miten palveluohjaus ja jatkohoitoon siirtyminen toteutuu?

Minne asiakkaat siirtyvät?

Onko tarpeeksi asianmukaisia paikkoja, johon asiakkaita voidaan ohjata? Mikä olisi ideaali paikka, missä tällainen asiakas mielestäsi voisi saada apua?

Liite 3. Jaakon taustatiedot

Taustatiedot: Asiakas on 24-vuotias kotkalaismies.

Lapsuus:Lapsuuden perheeseen kuului äiti, isovelji ja äidin uusi mies. Vanhemmat käyttivät runsaasti alkoholia, ja ajoittain perheessä käytettiin myös väkivaltaa. Lapset saivat remmistä. Asiakas oli koulukiusattu ala-asteella, yläasteella hänestä tuli kiusaaja. Jaakko liikkui muiden kiusaajien kanssa. Murrosiässä Jaakko alkoi käyttää kaveripiirinsä kanssa runsaasti päihteitä, pääasiassa alkoholia ja kannabista. 16-vuotiaana hänet sijoitettiin lastenkotiin kotitilanteen ja oman käyttäytymisen takia. Jaakko asui alaikäisten päihdehoitoyksikössä 18-vuotiaaksi saakka.

Päihteet: Käyttänyt pääasiassa runsaasti alkoholia ja kannabista, satunnaista amfetamiinin käyttöä ja päihdyttäviä lääkkeitä.

Mielenterveys: Jaakko viiltelee itseään ja on huomannut rauhoittavien lääkkeiden auttavan. Kertoo olevansa masentunut. Hän kertoo olleensa joskus niin ”sekaisin”, että on kuullut ääniä.

Kaksoisdiagnoosi: Asiakas hoitaa masennustaan käyttämällä päihteitä. Toisaalta amfetamiinin käyttö on saattanut aiheuttaa psykoottisuutta.

Haasteet: Jaakolla on peruskoulu suoritettu, hän on aloittanut ammattikoulun kahdesti ja keskeyttänyt. Hänellä ei ole työpaikkaa, satunnaisia pätkätöitä on tosin tehnyt. Hän on tällä hetkellä asunnoton, yöpyy kaverin luona. Äitinsä luokse ei ole tervetullut. Asiakas on rahaton, kaikki rahat menevät päihteisiin ja lääkkeisiin. Asiakas ei jaksakaan hakea töitä, ja on enenevässä määrin itsetuhoinen (viiltelyä). Asiakkaalla ei ole ollut ”normaalia” arkea moneen vuoteen, hän ei usko että pärjäisi jos asuisi yksin.

Liite 4. Tutkimuslupa-anomus Kotkan kaupungille

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

ANOMUS

Riikka Kääriä
Sairaalankuja 6
45750 Sairaalamäki

12.01.2009

Kotkan kaupunki
Eettinen toimikunta
48101 Kotka

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sosiaalialan koulutusohjelmassa. Tavoitteeni on valmistua joulukuussa 2009 tutkintonimikkeellä sosionomi (AMK).

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen tutkimus työnimellä ”**Mistä apua Jaakolle? kuvitteellisen kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolku Kotkan seudulla**”. Ohjaavat opettajani ovat Merja Hautalainen sekä Pirjo Ojala. Työelämän ohjaajanani toimii A-Klinikan Triangeli -projektista Anna Hiltunen.

Tavoitteenani opinnäytetyössä on selvittää, minkälaiseksi kaksoisdiagnoosiasiakkaan eli mielenterveyden häiriöstä sekä samanaikaisesta päihdeongelmasta kärsivän palvelupolku voi tällä alueella muodostua. Tarkastelen työssäni polkua palveluohjauksen ja toimivan palvelun näkökulmasta.

Tarkoituksena on kerätä tietoa teemahaastattelemalla ensin kahta (tai useampaa) kaksoisdiagnoosiasiakasta. Vastaavaa lupahakemusta valmistelen myös A-Klinikalle. Haastateltavien asiakkaiden palvelupolut ovat osa opinnäytetyön viitekehystä. Yhdessä näiden asiakkaiden kanssa on tarkoitus kartoittaa keskeisiä haasteita kaksoisdiagnoosissa ja palvelutarjonnassa. Haastatteluiden pohjalta koostan fiktiivisen asiakkaan, jota yritän asiantuntijahaastatteluin kuljettaa palveluissa ja tarkastella muodostuvaa kuvitteellista palvelupolkua.

Asiakas, jota haastattelen Kotkan kaupungin yksikössä on tietoinen tutkimuksen luonteesta ja suostuvainen osallistumaan anonyyminä.

Säilytän tutkimusaineiston kaikkien vastaajien kannalta **luottamuksellisena ja anonyyminä** koko prosessin ajan. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyössä, eikä haastateltavia voi tämän pohjalta jäljittää.

Annan mielelläni lisätietoa opinnäytetyöstäni tarvittaessa.

Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Riikka Kääriä
0440227664
riikka.kaaria@student.kyamk.fi

Liite 5. Tutkimuslupa, Kotkan kaupunki

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelujen tehtäväalue	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §	Sivu
Palvelujohtaja	20.1.2009 2	1

Dnro : 0/2009

Tutkimuslupa/Riikka Kääriä

Valmistelija: Johdon assistentti Seija Pusila

Riikka Kääriän tutkimuslupa-anomus on päätöksen liitteenä.

Päätös: Päätin myöntää tutkimusluvan Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sosiaali-alan koulutusohjelmaa opiskelevalle Riikka Kääriälle. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus työnimellä "Mistä apua Jaakolle? kuvitteellisen kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolku Kotkan seudulla".

Toimeenpano:

Ote: Riikka Kääriä, Kari Korhonen

Oikaisuvaatimusohjeet

Palvelujohtaja


Tauno Telaranta

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä kirjaamossa 3.2.2009

Liite 6. Tutkimuslupa-anomus Kymen A-klinikkatoimelle

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

ANOMUS

Riikka Kääriä

Sairaalankuja 6

45750 Sairaalamäki

16.05.2009

A-klinikkasäätiö

Kymen A-klinikkatoimi

Turvalantie 2, 48700 Kotka

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sosiaalialan koulutusohjelmassa. Tavoitteeni on valmistua joulukuussa 2009 tutkintonimikkeellä sosionomi (AMK).

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen tutkimus työnimellä ”**Mistä apua Jaakolle? kuvitteellisen kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelupolku Kotkan seudulla**”. Ohjaavat opettajani ovat Merja Hautalainen sekä Pirjo Ojala. Työelämän ohjaajanani toimii A-Klinikan Triangeli -projektista Anna Hiltunen.

Tavoitteenani opinnäytetyössä on selvittää, minkälaiseksi kaksoisdiagnoosiasiakkaan eli mielenterveyden häiriöstä sekä samanaikaisesta päihdeongelmasta kärsivän palvelupolku voi tällä alueella muodostua. Tarkastelen työssäni polkua palveluohjauksen ja toimivan palvelun näkökulmasta.

Tarkoituksena on kerätä tietoa teemahaastattelemalla ensin kahta (tai useampaa) kaksoisdiagnoosiasiakasta. Vastaavan lupahakemuksen olen toimittanut aiemmasta haastattelustani Kotkan kaupungin eettiselle toimikunnalle. Haastateltavien asiakkaiden palvelupolut ovat osa opinnäytetyön viitekehystä. Yhdessä näiden asiakkaiden kanssa on tarkoitus kartoittaa keskeisiä haasteita kaksoisdiagnoosissa ja palvelutarjonnassa. Haastatteluiden pohjalta koostan fiktiivisen asiakkaan, jota yritän asiantuntijahaastatteluin kuljettaa palveluissa ja tarkastella muodostuvaa kuvitteellista palvelupolkua.

Säilytän tutkimusaineiston kaikkien vastaajien kannalta **luottamuksellisena ja anonyyminä** koko prosessin ajan. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyössä, eikä haastateltavia voi tämän pohjalta jäljittää.

Annan mielelläni lisätietoa opinnäytetyöstäni tarvittaessa.

Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Riikka Kääriä

0440227664

riikka.kaaria@student.kyamk.fi

Tutkimusluvan on sähköpostitse varmistanut Kymen A-klinikkatoimen johtaja Heli Lahtinen 20.5.2009. Apulaisjohtaja Jari Peltola on jälkikäteen varmistanut lupahakemuksen sopivan myös työntekijöille tehtyihin haastatteluihin.